

ВЕСТНИК АССОЦИАЦИИ



Медицинских сестёр России

№ 5/59 2022

30 ЛЕТ ВО ИМЯ ПРОФЕССИИ:

В Санкт-Петербурге состоялся юбилейный
Всероссийский конгресс



стр. 12

ПОДГОТОВИТЬ ПРОФЕССИОНАЛА:

Опыт Воронежского базового
медицинского колледжа



стр. 3

ЛИДЕРАМИ НЕ РОЖДАЮТСЯ:

Специалисты из 19 регионов
участвуют в проекте ПАМС



стр. 26

СИСТЕМА KANBAN

Медицинские сестры берут
под контроль работу
с лекарственными препаратами

**ЛИЗАРИН-САЛФЕТКИ**

ГОТОВОЕ РЕШЕНИЕ ДЛЯ ДЕЗИНФЕКЦИИ ПОВЕРХНОСТЕЙ

Не оставляют ворса и пленки на обрабатываемых изделиях и оборудовании
 Обладают высокой прочностью
 Короткое время экспозиции
 Подходят для обработки любых поверхностей, включая электронное оборудование

Действующие вещества: ЧАС, ПАВ, вспомогательные компоненты

ОДНОВРЕМЕННАЯ ОЧИСТКА И ЭКСПРЕСС
 ДЕЗИНФЕКЦИЯ ПОВЕРХНОСТЕЙ

ЛИЗАРИН - СПРЕЙ

Экспозиция 1 минута при любых инфекциях
 Совместим со всеми обрабатываемыми материалами
 Активно разрушает биологические пленки
 Не фиксирует органические загрязнения

Действующие вещества: пропиловый спирт, ЧАС, ПАВ

**ДЕЗОБОРОНА**

ЭФФЕКТИВНЫЙ КОНЦЕНТРАТ С ЭКОНОМИЧНЫМ РАСХОДОМ

Пролонгированный остаточный бактерицидный эффект не менее 5 часов
 Низкая токсичность, применяется в присутствии людей
 Полностью нейтрализует неприятные запахи
 Применим в МО любого профиля

Действующие вещества: стабилизированный пероксид водорода, комплекс кислот, ингибитор коррозии,

УНИВЕРСАЛЬНЫЙ КОНЦЕНТРАТ СО СТАБИЛЬНЫМ
 ЩЕЛОЧНЫМ pH РАБОЧИХ РАСТВОРОВ

КЛИНДЕЗИН ЭКСТРА

Полностью нейтрализует неприятные запахи
 Обработка поверхностей проводится без средств защиты органов дыхания
 Смывания средства и проветривания помещения не требуется
 Низкое пенообразование
 Не фиксирует органические загрязнения

Действующие вещества: ЧАС, изопропанол, ПАВ

**«ЛИЗОФОРМ АКВА БАЗИК»**

УБОРОЧНЫЕ ТЕЛЕЖКИ

Оснащена цветовой кодировкой
 Предназначена для мытья любых поверхностей.
 Имеет разделение на грязную и чистую зоны.
 Долговечная конструкция из пластика, укрепленного стекловолокном, устойчива к различным моющим и дезинфицирующим средствам.

УБОРОЧНЫЕ ТЕЛЕЖКИ

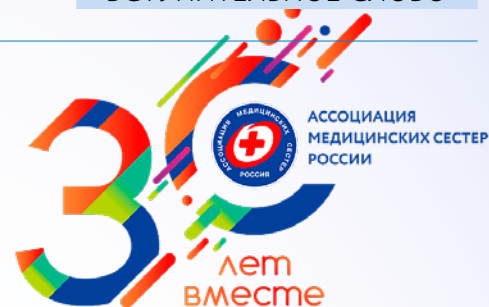
«ЛИЗОФОРМ АКВА ПЛЮС»

Экономичная и компактная система для влажной уборки и дезинфекции
 Позволяет соблюдать требования гигиены, избегать перекрестного загрязнения
 Имеет разделение на грязную и чистую зоны
 Удобная цветовая кодировка





« В числе первоочередных задач Ассоциации разработка Программы развития сестринского дела и дорожной карты по ее реализации



Уважаемые коллеги!

Очередной выпуск «Вестника» знаменует собой завершение юбилейного для Ассоциации 2022 года. Сейчас, когда наступает пора подведения итогов, нам видится, что многое из задуманного выполнено удалось.

Весь год вместе с юбилейной ассамблеей 12 мая, историческим марафоном РАМС и региональных ассоциаций, изданием книги и подготовкой фильма по истории РАМС, выездными школами, многочисленными онлайн-конференциями, успешным завершением работы сразу по нескольким профессиональным стандартам мы отметили 30-летие организации.

Достойной кульминацией юбилейных мероприятий стал V Всероссийский конгресс «30 лет во имя профессии», состоявшийся в Санкт-Петербурге при участии более 800 делегатов из всех уголков страны, Республик Кыргызстан, Беларусь, Казахстан. Традиционно яркий и вдохновляющий парад региональных ассоциаций, теплые слова приветствий и поздравлений, пленарные и секционные заседания, где уникальным опытом совершенствования практики поделились сразу 99 спикеров, безупречные и такие долгожданные выступления победительниц конкурса «Голос медицинской сестры России», которых мы, наконец, смогли услышать «вживую», – таким конгресс вошел в историю нашей организации.

Итоги состоявшейся дискуссии были положены в основу Резолюции мероприятия, которую РАМС представила позже в рамках пресс-конференции. Какие задачи вошли в этот документ? Прежде всего, законодательного определения сестринского дела, нормативного и правового обеспечения сестринской деятельности, государственного подхода к инновационным практикам, которые РАМС многие годы тщательно собирает, распространяет и поддерживает. В том числе в сфере профилактики, диспансеризации, обучения пациентов. Мы убеждены, что

в ближайшие годы эти сферы станут «сестринскими». В этом случае речь будет идти о всеобщем распространении лучших школ здоровья, мы сможем уже не в рамках проектной, общественной инициативы работать над повышением мотивации пациентов, а вести эту работу целенаправленно и при необходимой государственной поддержке.

Новые полномочия специалистов сестринского дела, дополнения в номенклатуру медицинских услуг, создание модели профессионального и карьерного роста, диалог практического здравоохранения и системы образования, – такие вопросы также были отражены в итоговой Резолюции. Все они опираются на острые проблемы, с одной стороны, и на отличный опыт, с другой. На страницах этого выпуска вы сможете познакомиться с инновационными разработками Кузбасского медицинского колледжа по обучению бережливым технологиям, – их с восторгом протестировали участники проекта РАМС для лидеров сестринского дела. А также с опытом взаимодействия с медицинскими организациями Воронежского медицинского колледжа, который во всех аспектах образовательной деятельности стремится учесть рекомендации, ожидания, реалии практического здравоохранения.

В документе отражены задачи развития высшего образования, повышения его доступности, снятия излишних барьеров на пути специалистов в получении новой профессии, специальности, нового уровня образования. Система должна стать понятной и дружественной молодому специалисту, который по прошествии нескольких лет в профессии будет готов к следующему шагу.

Присутствует в итоговом документе и социально-экономический раздел, по которому РАМС проведет работу с ЦК Профсоюза работников здравоохранения. Наши коллеги приняли участие в конгрессе, а чуть позже удалось провести встречу с Анатолием Ивановичем Домниковым, председателем ЦК

Профсоюза и заручиться поддержкой по вопросам защиты социально-экономических и трудовых прав сестринского персонала.

Завершая главные мероприятия 2022 года, мы планируем первоочередные шаги и задачи на будущее. В их числе поручение Министра здравоохранения по разработке Программы развития сестринского дела. «В самые короткие сроки мы ждем от Ассоциации медицинских сестер России конкретных предложений по введению новых должностей, новых моделей оказания помощи, новых принципов профессионального образования – по сути, новой дорожной карты развития сестринского дела», – подчеркнул Михаил Альбертович в своем приветствии к делегатам конгресса.

Планируются нами и всевозможные события для членов организации, – это и традиционные онлайн-проекты региональных ассоциаций и специализированных секций, и выездные школы, и обучение лидеров, и разработка полезных материалов, и, конечно же, обмен лучшим опытом на страницах нашего издания.

Искренне верим, что аудитория «Вестника» в следующем году вырастет и окрепнет, а мы с вами откроем для себя немало новых имен наших коллег, которые захотят в формате статьи поделиться результатами своей работы. Сделать этот достаточно просто, обратившись в редакцию «Вестника» по электронной почте. Если вы в себе такой потенциал уже ощутили, до Нового года можно не откладывать – пишите прямо сейчас!

Также искренне и глубоко верим, что Новый год принесет долгожданный мир нашей стране, всем ее регионам, нашим коллегам на Донбассе, что поводов для радости у нашей профессии станет больше, что каждого из многочисленных читателей «Вестника» ждут профессиональные успехи! Счастья, крепкого здоровья, благополучия вам и вашим близким в Новом году!



На обложке: Делегаты V Всероссийского конгресса Ассоциации медицинских сестер России. Санкт-Петербург, 5–7 октября 2022 года

СОДЕРЖАНИЕ

НАЦИОНАЛЬНАЯ АССОЦИАЦИЯ	
Лидерами не рождаются. РАМС ведет подготовку специалистов в рамках проекта «Лидерство»	стр. 3
30 лет во имя профессии. В Санкт-Петербурге состоялся юбилейный конгресс РАМС	стр. 20
ЗНАКОМСТВО С ПРОФЕССИЕЙ	
Люди с колокольчиками: «Ленивая смерть» не ушла в прошлое	стр. 23
ИННОВАЦИОННАЯ ПРАКТИКА	
Дежурный по здоровью. Тюменский проект профилактики артериальной гипертензии привлёк школьников	стр. 8
Оказание медицинской помощи на дому пациентам с офтальмопатологией	стр. 10
Система Kanban – новое слово в управлении лекарственными препаратами	стр. 26
Углубленная диспансеризация. Опыт совершенствования работы на примере Воронежской городской поликлиники №3	стр. 28
КАЧЕСТВО И БЕЗОПАСНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ	
Методика применения регионарной анестезии у пациентов с нейрохирургической патологией	стр. 17
Раннее выявление наркотических расстройств	стр. 32
Скажи наркотикам нет. Работа участковой медсестры с наркотически зависимыми подростками	стр. 34
ЛИДЕРЫ ПРОФЕССИИ	
Роль профессионального этикета в формировании имиджа лидера	стр. 15
ВОПРОСЫ ОБРАЗОВАНИЯ	
В ногу со временем. Опыт Кировской области по подготовке образовательных онлайн-мероприятий	стр. 6
Подготовить профессионала. Опыт Воронежского базового медицинского колледжа	стр. 12
С ЗАБОТОЙ О КАДРАХ	
Эмоциональное выгорание медицинских работников: симптомы, причины, последствия, предупреждение	стр. 37

Свидетельство о регистрации ПИ № ФС77-43903 от 17.02.2011. Подписано в печать 05.12.2022. Отпечатано в ООО «Аллегро». Санкт-Петербург, ул. Коли Томчака, д. 28. Заказ № 1293. 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 сестер России
ООО «Милосердие»
Издательство «Медпресса»

РЕДАКЦИЯ

Главный редактор – Валентина Саркисова
Ответственный редактор – Наталья Серебренникова
Научный редактор – Валерий Самойленко
Отдел маркетинга – Юлия Мелёхина
Дизайн – Любовь Грабарь
Верстка – Игорь Быков
Корректоры – 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»

РЯБКОВА В.В. – главная медицинская сестра ФГБУ ФЦТОЭ МЗ РФ, главный внештатный специалист по управлению сестринской деятельностью Департамента по здравоохранению Смоленской области



ЛИДЕРАМИ НЕ РОЖДАЮТСЯ

АССОЦИАЦИЯ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР РОССИИ
ВЕДЕТ ПОДГОТОВКУ СПЕЦИАЛИСТОВ В РАМКАХ ПРОЕКТА «ЛИДЕРСТВО»



■ **Серебренникова Н.В.**
Директор РАМС по международному
сотрудничеству

Уже несколько лет во всем мире ведется дискуссия на тему лидерства в сестринском деле. Почему? Прежде всего потому, что специалисты не ощущают себя защищенными. На карте мира практически не осталось стран, где в сестринском деле не наблюдается кризисных явлений. Из года в год медицинским сестрам надо что-то кому-то доказывать. Например, что надо повышать заработную плату, повышать уровень образования, давать возможность карьерного роста, уважать профессию, как самостоятельную и уникальную. Это некоторые из глобальных задач, которые имеют свое преломление практически на каждом рабочем месте и в каждой медицинской организации. Оплата

и стимулирование труда, распределение нагрузки, физические условия работы, расходные материалы, атмосфера в организации, взаимоотношения в коллективе. Помните, если у вас сегодня в медицинской организации все хорошо, значит за этим кто-то стоит. Кто-то защищает интересы персонала, предугадывает сложные ситуации, добивается «смягчения» удара для медицинских сестер в сложных обстоятельствах, формирует имидж сестринского коллектива, не устает напоминать всем руководителям, сотрудникам, молодым специалистам, что сестринское дело – это важно, и каждый специалист в организации значим. Этот кто-то и есть лидер! И профессии таких лидеров очень не хватает. Везде и всюду.

Задумавшись о нехватке лидеров в профессии, руководители национальных ассоциаций во всем мире предложили внести такой раздел в стратегические документы ВОЗ – сначала на глобальном уровне, а затем и в европейском регионе. Год назад, 10 декабря, в нашем регионе ВОЗ представила Дорожную карту по реализации Глобальных стратегических направлений укрепления сестринского и акушерского дела. Этот документ с очень длинным названием (мы сокра-

щенно называем его Дорожной картой), был разработан при поддержке Европейского форума национальных сестринских и акушерских ассоциаций, возглавляемого на тот момент президентом РАМС Валентиной Саркисовой.

Итак, 10 декабря 2021 года документ был представлен профессиональной общественности. Этот документ выделяет четыре стратегических направления для развития сестринского и акушерского дела, среди которых образование, практика, рабочие места и, – да, именно оно – лидерство!

Ключевая цель, к которой стремится мир, состоит в том, чтобы увеличить долю акушеров и медицинских сестер на старших руководящих должностях в системе здравоохранения и научно-академической сфере и систематически готовить следующие поколения лидеров сестринского и акушерского дела. Причем начинаться такая подготовка должна уже на уровне базового образования, продолжаться на уровне высшего и дополнительного. В этом случае в профессии будет сформирован достаточно масштабный и сильный корпус лидеров, готовых принимать на себя руководство не только сестринскими службами, но и другими организациями (научными, образовательными), зани-

мать управленческие позиции в здравоохранении, оказывать значимое влияние на принятие решения на всех местах и направлениях, которые на сестринское дело оказывают влияние.

Пока таких программ не сформировано, за дело берутся профессиональные ассоциации. Еще в 2021 году РАМС приступила к реализации экспериментального проекта «Лидерство в сестринском деле». Руководствовались мы тогда не столько общемировыми трендами (их обсуждение было в самом разгаре), сколько отечественным опытом и вопросами: почему сестринские инновации, проекты расширения профессиональных полномочий не растут по всей стране равномерно, почему у одних ассоциаций что-то по-



лучается, а у других нет, и, главное, что может сделать РАМС, чтобы помочь?

В течение 2021 года состоялась серия онлайн-мероприятий, на которых участникам проекта (их выдвинули руководители региональных ассоциаций, как своих настоящих и будущих помощников) удалось подробнее узнать о работе РАМС, разных региональных ассоциаций, международной деятельности, политике здравоохранения в мире и в нашей стране, детально рассмотреть профсоюзную тему. Многие отлично справились и с первым практическим заданием – подготовили проекты соглашений о сотрудничестве между региональными сестринскими ассоциациями и теркомами Профсоюза работников здравоохранения. В Ассоциации специалисты нередко обращаются по проблемным вопросам выплат, назначения пенсий, трудовых споров, хотя прерогатива их решения принадлежит профсоюзу. С помощью соглашения у организаций появился или расширился имевшийся ранее механизм решения таких вопросов. Кроме того, финансово более устойчивые органи-

зации профсоюза можно привлекать к организации профессиональных и торжественных мероприятий для сестринского персонала, реализации некоторых проектов в поддержку кадров.

В 2022 году у участников проекта наконец появилась возможность очных встреч. Представители региональных ассоциаций приняли участие в тренингах, некоторые стали участниками и спикерами Всероссийского конгресса РАМС «30 лет во имя профессии».

Чему учились лидеры – участники проекта? В попытке подобрать ключик к решению многочисленных проблем профессии мы проникли в смысл делового этикета и коммуникаций, узнали, почему в деловых отношениях

«В сложные времена опору дает классика. Попробуйте начинать день с Вивальди и культивировать позитивное отношение к окружающим – ваш собственный мир точно станет чуточку светлей!», Анна Валл, автор и ведущая тренинга по деловому этикету

важна «Вы»-дистанция, какая польза в субординации, что значит быть настоящим руководителем и как поднять свой статус. Если кратко, то рекомендации таковы: принять на себя более высокую ответственность, экономить время окружающих, ни в коем случае не раздавать коллегам и подчиненным упреки в чем бы то ни было (никакого руководителя это не красит), но поддерживать и помогать коллегам преодолевать неловкие ситуации, бережно относиться к собственному эмоциональному состоянию и эмоциям окружающих.

Конечно, это далеко не весь арсенал делового этикета, но некоторые из важных и непреложных атрибутов руководителя и лидера с чувством собственного достоинства.

Компонентом учебной программы стали встречи с психологами. В ходе осенней сессии сразу два дня лидеры провели с командой проекта «Психологи-медикам» – с напутствиями автора проекта Натальи Орешкиной и практикующим психологом и бизнес-тренером Оксаны Рудяковой.

Задач у лидера множество, в том числе работать в режиме многозадачности и не срываться, когда внезапные события резко меняют планы. А события в жизни руководителя так и норовят с самого утра выбить из колеи.

Только представьте себя в роли главной сестры учреждения, где с утра сломался лифт для пациентов, не вывезли отходы и неизвестно, когда это случится, возникли трудности с информационной системой, пришла новость о снижении финансовых поступлений и есть большой риск того, что сэкономят решат на медсестрах. А ведь с вечера был прекрасный план на предстоящий день – встретить съемочную группу и рассказать о достижениях клиники, провести конферен-



цию со студентами, которые сегодня впервые придут на практику. А еще предстоит совещание в Комздраве, и к нему надо успеть подготовиться.

Как это сделать в заданных условиях, и как в принципе справиться с ситуацией, в которой живешь каждый день?

Тренинг с командой проекта «Психологи-медикам» помог лидерам разобраться в своих личностных установках, научиться не переживать по пустякам и сохранять жизнестойкость. А еще преодолеть страх публичных выступлений, научиться делегировать задачи, разобраться в системе взаимодействия с коллективом в анализе системы поощрений и штрафных санкций.

Вместе с Оксаной Рудяковой лидеры вникли в вопросы психологии управления, мотивации, командообразования, т.е. эффективного взаимодействия с командой, с коллективом.

А коллектив у старшей, тем более у главной сестры немаленький... счет идет даже не на десятки, а на сотни человек. И каких только «увлекательных» происшествий в таком коллективе не происходит. Как реагировать?

Попробуйте снова представить себя главной сестрой. Вот вы в прекрасном расположении духа идете по коридору, а за поворотом группа медиков нелестно отзывается о пациенте, его родственниках или коллеге. Через полчаса вам «доверительно» сообщают, что один из ценных сотрудников собрался «писать заявление». В течение следующего часа поступает жалоба на новенькую медсестру. Вроде бы недавно влилась в коллектив, до окончания испытательного срока все было просто идеально, а тут уже и сестры высказывают сомнения, и вот она – первая письменная жалоба от пациента... До конца рабочего дня еще несколько часов, а подобные ситуации падают на голову руководителя как из рога изобилия.

В ходе тренинга команды лидеров разобрали каждую ситуацию, предложили свои решения, выслушали замечания и предложения коллег. А затем подробно обсудили вопросы мотивации команды, в которых, как оказалось, тоже неплохо было бы разобраться, чтобы то ценное, чем руководитель намеревается поощрить свой коллектив, было воспринято сотрудниками с искренней благодарностью.

Двухдневный тренинг с Оксаной Рудяковой завершился так быстро, что некоторое животрепещущие темы разобрать не успели... Похоже, с тренингами проекта «Психологи-медикам» лидерам предстоят новые встречи!

Четвертый день таил в себе неизвестность не только для участников, но и для организаторов. Еще в ходе весенней сессии проекта Тамара Васильевна Дружинина, руководитель Кемеровской региональной ассоциации, член Правления РАМС, поделилась рекомендациями бережливого управления, тайм-менеджмента в работе руководителя – инструментами, полезными в работе сестры-руководителя. А на осеннюю встречу по ее предложению были запланированы практические мастер-классы с загадочным названием – «Фабрика процессов», разработанные преподавателями ГБПОУ «Кузбасский медицинский колледж».

Участники проекта «трудоустроились» на две фабрики. Первая – «Инструмент визуального управления в деятельности сестринского админис-

тративно-управленческого персонала» – была посвящена эффективному проведению совещаний, а ведь совещания занимают немалую долю профессиональной деятельности любого руководителя. Сократить временные издержки на совещания, проводить их эффективнее – цель и мечта любого руководителя.

Вторая фабрика носила еще более интригующее название – «Лавка рукоделия». Здесь участники проекта вошли в образ швеи, мастера цеха, контролера качества и на практике отработали задачи по совершенствованию процесса производства, сокращению ненужных потерь времени и ресурсов.

Каждая фабрика отработала три раунда, и если в первом раунде обстановка была накаленной, то к третьему в каждой группе участникам удалось выйти на уровень эффективного взаимодействия, серьезно сократить издержки производства.

РАМС искренне благодарит президента Кемеровской ассоциации Тамару Васильевну Дружинину, директора Кузбасского медицинского колледжа Ирину Геннадьевну Иванову, а также заместителя директора Наталью Викторовну Ингула и замечательный педагогический коллектив – авторов фабричных мастер-классов из ГБПОУ «Кузбасский медицинский колледж»: Инну Владимировну Чвора, Валерия Анатольевича Чепеля, Руфину Витальевну Мамедову и Надежду Ивановну Власову за прекрасный тренинг.

В 2023 году проект продолжит свою работу. Участники разберут еще несколько тем, которые нам видятся важными инструментами в арсенале лидера, а также разработают собственные

проекты в поддержку профессиональных ассоциаций и сестринской практики.

С этой целью еще на весеннем тренинге лидеров участники познакомились с опытом Тюменской региональной ассоциации, где практико-ориентированные инициативы специалистов стали ключевым фактором развития Ассоциации, укрепления влияния сестринского персонала на ситуацию в здравоохранении, качества медицинской помощи и, конечно, на знания, практические навыки, сферу полномочий специалистов. Коллеги из Тюменской области представили сразу несколько проектов – как региональных, например, «Гипертония, стоп!», «Нет раку груди», «Современные технологии на ФАПе», так и тех, что могут быть реализованы локально, в конкретной медицинской организации, например, «Универсальная медсестра», «Вакцинопрофилактика в школе».

Надеемся, что подобные разноплановые проекты, ориентированные на первоочередные задачи в регионах, в скором времени будут реализованы, а многие читатели «Вестника» станут их участниками. Потенциал лидеров сестринского дела будет расти и расширяться благодаря первым росткам, заложенным Ассоциацией медицинских сестер России. А мы сможем внести свой вклад в определение программы подготовки сестер-лидеров на будущее, чтобы эмоциональные восклицания главных и старших сестер проекта, имеющих за плечами и среднее профессиональное, и высшее сестринское образование: «Почему нас этому не учили?», постепенно ушли в прошлое.



В НОГУ СО ВРЕМЕНЕМ

ОПЫТ КИРОВСКОЙ ОБЛАСТИ ПО ПОДГОТОВКЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ОНЛАЙН-МЕРОПРИЯТИЙ



■ **Татьяна Владимировна АЛАЛЫКИНА**

Медицинский технолог КОГБУЗ «Кировская областная клиническая больница», председатель специализированной секции «Лабораторная диагностика», член правления Кировской ассоциации медицинских сестер

О непрерывном медицинском образовании (далее – НМО) и переходе от системы сертификации специалистов к аккредитации в Российской Федерации заговорили еще в 2016 году. Однако существенные практические изменения в этом направлении начали происходить значительно позднее.

Первые шаги по проведению аккредитованных образовательных мероприятий в системе НМО для специалистов со средним медицинским образованием в Кировской области были сделаны в 2017 году благодаря работе президента и правления Кировской ассоциации медицинских сестер (далее – КАМС). Между тем возможности для аккредитации мероприятий возникли благодаря получению Ассоциацией медицинских сестер России в 2016 году статуса провайдера образовательных мероприятий.

В 2018 году после обращения Бабуриной Олеси Сергеевны, президента КАМС к Кокаревой Татьяне Станиславовне, главному внештатному специалисту по лабораторной диагностике Министерства здравоохранения Кировской области, заведующей централизованной клинко-диагностической лабораторией КОГБУЗ «Кировская областная клиническая больница» была



создана специализированная секция «Лабораторная диагностика» Кировской ассоциации медицинских сестер.

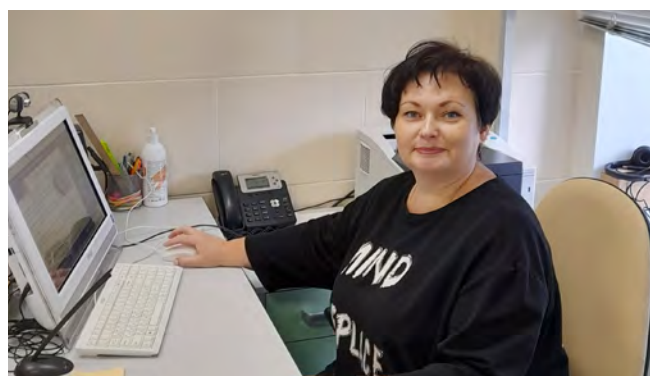
Поначалу аккредитованные образовательные мероприятия по лабораторной диагностике были дефицитны – как в Кировской области, так и во всей стране. Члены созданной секции решили предпринять усилия, чтобы восполнить дефицит, привлекая спикеров из медицинских учреждений г. Кирова.

Работа секции закрутилась: обсуждали кандидатуры спикеров и темы мероприятий, встречались с потенциальными лекторами, рассказывали о секции «Лабораторная диагностика», мотивировали экспертов к сотрудничеству.

Первым специалистом, принявшим предложение, стала биолог ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Кировской области» Старостина Людмила Анатольевна. В сентябре 2019 года с аудиторией в 30 человек прошли первые очные семинары с ее участием. Впоследствии уже в онлайн-формате на протяжении последующих трех лет мы неоднократно взаимодействовали с Людмилой Анатольевной в рамках образовательной деятельности.

В 2020 году Российская ассоциация медицинских сестер предоставила всем региональным ассоциациям, в том числе Кировской, возможность проведения аккредитованных мероприятий в онлайн-формате. Данный формат встреч значительно расширил круг участников, повысил доступность образовательных мероприятий для специалистов из районов области и позволил показать ведущих специалистов г. Кирова на общероссийском уровне. В целом онлайн-формат стал единственным способом продолжения обучения в период карантинных ограничений.

В марте 2020 года у нас возникла идея образовательной программы по противоэпидемическим мероприятиям при возникновении инфекционно-воспалительных процессов в верхних дыхательных путях в сестринской практике. Тогда еще никто не предполагал, что эта тема станет центральной для всех медицинских работников на последующие два года. В тот момент мы разработали сценарии, сняли два профессиональных видеофильма, работая в тесном сотрудничестве с председателем секции «Сестринское дело в первичном здравоохранении» Ки-



ровской ассоциации медицинских сестер Липатниковой Еленой Игоревной.

Важно отметить, что члены секции проводили работу по расширению целевой аудитории онлайн-проектов – мероприятия были аккредитованы по специальностям: «лабораторная диагностика», «бактериология», «судебно-медицинская экспертиза», «гистология», «паразитология», «сестринское дело», «акушерское дело», «лечебное дело». В качестве лекторов привлекались: врачи клинической лабораторной диагностики, врач лабораторный генетик, бактериолог, биологи, инфекционист, акушер-гинеколог, медицинский технолог, старшая медицинская сестра.

Практически непрерывно члены секции во главе с ее председателем составляли программы мероприятий, проводили пробные подключения, выступали в качестве модераторов и лекторов при поддержке офиса РАМС и исполнительного директора Самойленко Валерия Валерьевича, при этом преодолевали технические сложности работы в онлайн-пространстве.

Лабораторная диагностика – это уникальный разносторонний мир знаний, познавать который наша профессиональная задача. Сразу 4 онлайн-проекта секция провела с Дьяконовым Дмитрием Андреевичем, заведующим лабораторией патоморфологии крови ФГБУН «КНИИГиПК ФМБА России». Демонстрация и разбор многочисленных фотографий окрашенных микропрепаратов из личного архива лектора с подробным описанием морфологии клеточных элементов крови в норме, при патологических процессах, при лейкозах и анемиях стали эксклюзивной чертой этих проектов. Они оказались среди специалистов самыми востребованными и посещаемыми.

Значимая роль в развитии непрерывного медицинского образования

в Кировской области принадлежит специалистам централизованной клинико-диагностической лаборатории КОГБУЗ «Кировская областная клиническая больница» во главе с заведующей Кокаревой Татьяной Станиславовной. С сотрудниками лаборатории секция провела целую серию образовательных мероприятий.

Поскольку в результате вынужденного перехода на онлайн-обучение в период пандемии сильно пострадала практическая подготовка специалистов, в рамках этих мероприятий было решено уделить приоритетное внимание совершенствованию практических навыков. Мы добились этого благодаря проведению в онлайн-формате мастер-классов, подбирая темы по химико-микроскопическим исследованиям, микробиологии, химико-токсикологическим исследованиям, пренатальной диагностике, гематологии, паразитологии, иммунологии, биохимии. Это позволило специалистам сделать выбор: либо расширить профессиональный кругозор, либо актуализировать и совершенствовать знания в своем направлении деятельности.

Реализация наших проектов стала возможной благодаря сотрудничеству с Кировской ассоциацией медицинских сестер, с главными медицинскими сестрами и специалистами лечебных учреждений г. Кирова, а также организацией процесса аккредитации мероприятий и предоставлению образовательной онлайн-платформы со стороны РАМС. В результате совместной деятельности секция «Лабораторная диагностика» смогла реализовать свои творческие планы и привлечь к мероприятиям специалистов не только из г. Кирова и области, но и из других регионов Российской Федерации.

Секция активно включилась в оказание консультативной помощи практи-

кующим специалистам по вопросам периодической аккредитации. В ноябре 2021 года совместно с Киселевой Анной Анатольевной, вице-президентом КАМС, мы провели региональный онлайн-семинар, в ходе которого председатель секции поделилась личным опытом прохождения периодической аккредитации, а затем мы ответили на множество вопросов специалистов.

Работа вице-президента и правления Кировской ассоциации медицинских сестер обеспечила доступность образовательных мероприятий в системе непрерывного медицинского образования для специалистов со средним медицинским образованием г. Кирова и области. Медицинские работники, набравшие необходимое количество баллов в части неформального образования, благополучно прошли периодическую аккредитацию в 2021–2022 годах.

В итоге за три года работы специализированной секции «Лабораторная диагностика» организовано и проведено 21 аккредитованное мероприятие как в очном, так и в онлайн-формате, в которых приняли участие около 6500 специалистов со средним медицинским образованием из различных регионов Российской Федерации. Они обеспечили слушателей на общероссийском уровне знаниями и явились условием успешной подготовки к прохождению периодической аккредитации.

Хочется обратиться к специалистам, особенно «узкого» профиля, с призывом проявлять личную заинтересованность и способствовать развитию своей специальности. Если по вашему направлению деятельности в регионе ощущается дефицит знаний и образовательных мероприятий, примите участие в создании и работе специализированной секции. Это один из эффективных способов решения ряда профессиональных задач и проблем.

ДЕЖУРНЫЙ ПО ЗДОРОВЬЮ

КАК ТЮМЕНСКИЙ ПРОЕКТ ПРОФИЛАКТИКИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ СРЕДИ ШКОЛЬНИКОВ ВОСПИТАЛ БУДУЩИХ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ



Наталья Анатольевна МУРАТОВА
Старшая медицинская сестра
ГАУЗ ТО «Городская поликлиника № 13»



Наталья Александровна РАЗУМОВА
Главная медицинская сестра
ГАУЗ ТО «Городская поликлиника № 13»

На протяжении последних трех лет медицинские сестры Тюмени и Тюменской области планомерно проводят серьезную проектную, научно-исследовательскую работу. Удачный выбор темы проекта зачастую является залогом успеха задуманного. На Всероссийском конгрессе «Здравоохранение будущего. Роль медсестры» медицинскими сестрами Городской поликлиники № 13 города Тюмени вниманию участников был представлен доклад, основным направлением которого является профилактическая работа, проводимая в школах – «Я – дежурный по здоровью!».

Тюменская профессиональная сестринская ассоциация (ТРОО ТОПСА) предложила ГАУЗ ТО «Городская поликлиника № 13» стать медицинской организацией, ответственной за профилактическую работу со школьниками. Мы решили, образно выражаясь, убить двух зайцев: занимаясь активно профилактической работой со школьниками, параллельно делать уклон и на профессиональную ориентацию ребят.



Для начала детально определили проблему. Поскольку в последнее время наметилась тенденция к ухудшению здоровья подрастающего поколения, очень важно как можно раньше научить ребенка самостоятельно заботиться как о своем здоровье, так и о здоровье членов своей семьи. Актуальность проблемы профилактики артериальной гипертонии в современной реальности сложно переоценить. Люди привыкли относиться к повышенному давлению как к легкому, неопасному отклонению от нормы. Однако артериальная гипертония (АГ) – болезнь коварная. Поначалу на протяжении нескольких лет болезнь развивается бессимптомно, исподволь, подтачивая жизненные силы организма. Это становится причиной того, что половина людей с повышенным давлением об опасности и не подозревает. Другая половина, узнав об этом, либо не предпринимает никаких мер, либо, начав лечиться, вскоре лечение забрасывает и далее плывет по течению.

Проект «Я – дежурный по здоровью!» по своей значимости был основан на необходимости ввести в привычку целевых групп населения ежедневный контроль АД, знание симптомов критического состояния, своевременное обращение за медицинской помощью. Ведущая роль в проекте по обучению учащихся школ города Тюмени была предоставлена волонте-

рам – школьникам из МАОУ СОШ № 67 (г. Тюмень).

Призыв следить не только за своим здоровьем, но и здоровьем всех членов семьи, основанный на медицинских знаниях, нашел отклик в глазах ребят. Каждый из них понимал всю важность возложенной на них ответственности. Измерить любимой бабушке давление или напомнить маме своевременно принять лекарство, назначенное доктором, – выполнение таких задач дало возможность каждому из ребят контролировать состояние здоровья всех членов семьи. Высокая степень ответственности и доверия вдохновляла их оберегать своих близких от непоправимой беды, ведь каждый желает своим родным людям здоровья и долголетия.

Кастинг среди учащихся одной из средних школ положил начало задуманному, ведь из десятков школьников нужно было выбрать настоящие «жемчужины», что называется, отделить зерна от плевел. Одного желания попасть в проект в качестве волонтеров было мало. Для проведения длительного эксперимента с всеобщим требованием было найти ребят, не просто активных и заинтересованных. Умение убеждать, легко находить контакт, доступным и грамотным языком доносить до школьников разных возрастов суть проблемы, давать грамотные ответы на вопросы, удастся далеко не всем.

Но наши поиски все же увенчались успехом.

Две девятиклассницы – Валерия Абышева и Мария Несмачных – вызвали у руководителей и участников проекта интерес и завоевали особое доверие своей целеустремленностью, умением расположить собеседников и держать заинтересованность аудитории. Помимо прочего они быстро адаптировались в предложенных обстоятельствах, тщательно изучили имеющиеся материалы и блестяще усвоили презентацию «Я – дежурный по здоровью!». Прочитав дополнительно множество методических материалов о гипертонической болезни, основных факторах риска, Мария и Валерия решили сначала попробовать себя в новой роли в кругу одноклассников. Чтобы уверенно и обстоятельно обучать школьников с 5 по 11 класс, волонтеры под пристальным вниманием наставников отработали риторiku и освоили навыки тонометрии. И наш проект «отправился в большое плавание».

Предварительно участниками проекта – фельдшерами школы Задорожной Светланой Геннадьевной и Ермаковой Олесей Владимировной были разработаны брошюры для раздачи их школьникам, заведен журнал регистрации обучающихся во всеобуче, а также продуманы анкеты (опросники). В начале общения волонтеры задавали вопросы в группах ребят, слышали ли они о таких заболеваниях, как АГ, инфаркт, инсульт, что они знают об этих заболеваниях, имеются ли эти заболевания у их близких родственников. Всеобуч по артериальной гипертензии заинтересовал не только подростков, но и преподавателей и, непосредственно, родителей. Дети и подростки, получив новую, важную информацию от волонтеров, стали более внимательно относиться к здоровью старших членов семьи, попросили приобрести тонометры для дома, где их не было.

Работа закипела и о нашем проекте со волонтерами-школьниками, как об успешном проекте, заговорили в других медицинских организациях города и области, а также во многих школах Тюмени. На совещании «День главной медицинской сестры» в апреле этого года наши волонтеры-школьники Валерия и Мария продемонстрировали, как проводят всеобуч, позна-

комили участников с графиком его проведения в разных классах школы.

По просьбе руководителей сестринским персоналом МО Тюменской области было положено начало передачи опыта в рамках проекта «Я – дежурный по здоровью!». Уже в конце апреля первой нас посетила представитель ГБУЗ ТО «Областная больница № 11» ОФ № 1 «Омутинская ЦРБ». 12 мая мы обучили медицинских работников из ГБУЗ ТО «Областная больница № 19» и ГБУЗ ТО «Перинатальный центр». Чуть позже присоединился еще ряд ЛПУ. Медицинские работники совместно с волонтерами-школьниками провели обучающие мастер-классы, состоящие из двух этапов: теоретического и практического. Коллеги, побывавшие у нас в гостях с рабочими визитами, остались довольны результатом после посещения мастер-классов.

Задачи проекта, поставленные перед участниками:

- привлечение школьников к волонтерской деятельности;
- тренинг и инструктаж по программе всеобуча со школьниками;
- выявление патологий среди школьников;
- пропаганда волонтерами-школьниками заботы о здоровье среди взрослого населения;
- проведение аналитики профилактических мероприятий в школе;
- формирование группы из среднего медицинского персонала из всех городов и районов Тюменской области для обучения и передачи опыта по проекту.

При проведении всеобуча было охвачено 783 школьника. В процессе обучения удавалось неоднократно выявлять повышенное артериальное давление (рис. 1) и предполагаемые факторы повышенного давления (рис. 2) с последующей постановкой на диспансерный учет в поликлинику по месту жительства. За 6 месяцев старшая медицинская сестра Наталья Анатольевна Муратова совместно с волонтерами-школьниками организовала и провела 37 мастер-классов (23 – среди школьников, 14 – для специалистов других ЛПУ).

Цель проекта по популяризации здорового образа жизни и профилактике артериальной гипертензии среди школьников, поставленную перед

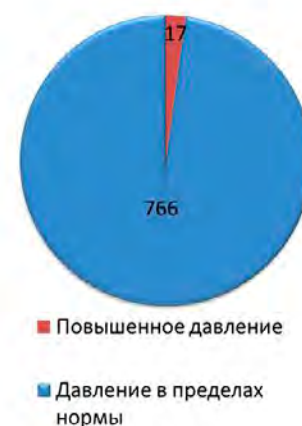


Рис. 1.

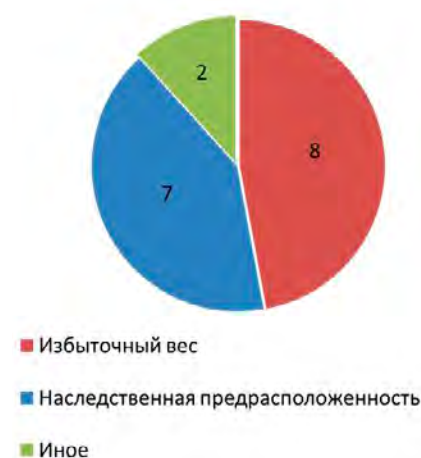


Рис. 2.

нами, удалось воплотить полностью. Думаем, что ребята, проученные в рамках всеобуча, будут регулярно контролировать артериальное давление, следить за своим здоровьем и беречь здоровье старшего поколения в семье. Благодаря этому, возможно, многим семьям удастся избежать таких грозных последствий запущенной гипертонической болезни, как инфаркт и инсульт.

Профориентационная работа, обозначенная организаторами одной из целей проекта, также дала свои плоды: Мария Несмачных поступила в Медицинский институт г. Екатеринбург, а Валерия Абышева стала студенткой Тюменского медицинского колледжа. Несомненно, что девушки-волонтеры, приняв участие в таком масштабном проекте-эксперименте, станут в будущем прекрасными медицинскими сестрами и врачами. Ведь талант с таким даром убеждения дается не каждому. Всего же из МАОУ СОШ № 67 студентами медицинских вузов стали 13 человек. Хочется верить, что проект сыграл важную роль в профессиональном выборе выпускников.

ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ДОМУ ПАЦИЕНТАМ С ОФТАЛЬМОПАТОЛОГИЕЙ



■ **Заведеева В.В.**

Старшая медицинская сестра
Третьего специализированного
отделения поликлиники ГБУЗ
«Челябинский областной клинический
терапевтический госпиталь
для ветеранов войн», Лаборатория
лазерной офтальмохирургии,
г. Челябинск

Патронаж – это визит к больному, который находится на амбулаторном лечении, однако в силу определенных причин не может посещать лечебное учреждение. Основная концепция этого вида помощи – удовлетворение нужд пациента, независимо от того, где человек ее получит, – на дому, в стационаре или хосписе. В ее основе лежит междисциплинарный подход, он предусматривает, чтобы в процесс оказания помощи вовлекались, как сам пациент и его близкие, так и общественность.

В соответствии с Федеральным законом Российской Федерации от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской

Федерации», приказом Минздрава России от 29 января 2016 года № 38н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «гериатрия» и приказом Главного управления здравоохранения администрации Челябинской области в 2018 году организован Областной геронтологический центр, базовым учреждением для которого стал ГБУЗ «Челябинский областной клинический терапевтический госпиталь ветеранов войн» (ЧОКТГВВ).

Ведение пожилых людей с глазной патологией, требующей диспансерного наблюдения, а также синдромом хрупкости, или старческой астении, проводится с разработкой индивидуального плана лечения, профилактики, реабилитации и ухода, который выполняет мультидисциплинарная команда врачей (врача-гериатра, врача-офтальмолога, врача-невролога, врача-эндокринолога, специалиста по когнитивным нарушениям, медицинского психолога), а также специалистов по социальной работе по результатам комплексной гериатрической оценки.

Патронажная служба ГБУЗ ЧОКТГВВ обеспечивает медицинскую помощь на дому пациентам, которые из-за преклонного возраста, тяжелой травмы или заболевания не могут самостоятельно передвигаться и соответственно не могут добраться до поликлиники. Такие больные закрепляются за медицинскими сестрами и врачами-терапевтами, которые работают

по участковому принципу и выезжают на дом для осмотра пациента и оказания медицинской помощи. Врачи и медицинские сестры проходят обучение для работы с маломобильными пациентами. Кроме того, с учетом методических рекомендаций «Уход за ослабленными пожилыми людьми» медицинским специалистам в учреждении помогает наставник – опытный врач-гериатр.

Инвалиды и участники Великой Отечественной войны, инвалиды боевых действий, бывшие узники концлагерей, гетто и других мест принудительного содержания, созданных фашистами и их союзниками в период Второй мировой войны, лица, награжденные знаком «Жителю блокадного Ленинграда» и признанные инвалидами вследствие общего заболевания, трудового увечья и других причин, проходят диспансеризацию ежегодно вне зависимости от возраста.

Во время первого посещения на дому врач-терапевт разрабатывает для каждого пациента индивидуальный план лечения. В нем врач указывает необходимый объем исследований, план посещений узких специалистов (в том числе врача-офтальмолога), а также рекомендуемую частоту наблюдения врачом и медицинской сестрой. Врач также планирует разработку плана по использованию средств и методов, адаптирующих функциональные возможности пациента к окружающей среде, в том

Таблица

Количество осмотров, произведенных медицинскими специалистами на дому (2020–2022 гг.)

Заболевание	2020 год	врач	медицинская сестра	2021 год	врач	медицинская сестра	2022 год 8 месяцев	врач	медицинская сестра
Глаукома	230	54	210	169	48	150	119	33	110
ВМД	189	189	78	101	101	92	85	85	70
Всего	419	243	288	270	149	242	204	118	180

числе посредством использования средств передвижения, протезирования и ортезирования, коррекции сенсорных дефицитов, а также медицинскую реабилитацию. По показаниям возможно лечение маломобильного пациента в режиме стационара на дому – терапевтического или неврологического профиля. Стационар на дому функционирует ежедневно, в одну смену, согласно графику работы специалистов. Работа медицинского персонала в выходные и праздничные дни осуществляется по графику дежурств.

На начало 2022 года на диспансерном наблюдении с диагнозом ОУГ (открытоугольная глаукома) и ВМД (возрастная макулодистрофия) состояло 148 пациентов, средний возраст составил $80,2 \pm 8,9$ лет.

При отсутствии у пациента возможности посетить врача-офтальмолога для диспансерного осмотра в условиях госпиталя организуется осмотр на дому. Врач-офтальмолог посещает пациента на дому по составленному плану индивидуального диспансерного наблюдения. При наличии показаний осуществляются внеплановые осмотры пациента для коррекции проводимого лечения. В среднем врач посещает пациента восемь раз в год, медицинская сестра до 12–14 раз. Даже если обращений от пациента не поступает, его все равно посещают в соответствии с индивидуальным планом (см. табл.).

Для оказания офтальмологической помощи на дому предусмотрен как совместный выезд специалистов в составе врачебно-сестринской бригады, так и выезд каждого специалиста по отдельности. В случае необходимости внепланового осмотра (при наличии жалоб на орган зрения) пациент сам активно вызывает врача-офтальмолога посредством звонка в регистратуру или непосредственно в кабинет офтальмологической службы.

Для визита к пациенту на дом комплектуется сумка врача и сумка медицинской сестры.

Сумка врача:

- офтальмоскоп ручной зеркальный;
- офтальмоскоп прямой медицинской;
- набор диагностических бесконтактных линз;

– удлинитель для подсветки.

Сумка для медицинской сестры:

Контейнер № 1:

1) глазные капли: анестетик (для измерения внутриглазного давления (ВГД)), антисептические (после измерения ВГД), для расширения зрачка по показаниям;

2) стерильная емкость для тонометров Маклакова;

3) тонометры Маклакова 4–8 штук (в зависимости от количества пациентов) + держатели для грузиков;

4) измерительная линейка;

5) емкость для использованных тонометров;

6) спиртовые ватные шарики в стеклянной емкости с плотно закрытой крышкой;

7) пакет стерильный с ватными шариками (в 1 упаковке 10–15 штук) в количестве 3 штук;

8) подушка для оттисков с раствором колларгола.

Контейнер № 2:

1) таблица Сивцева-Головина, набор очковых линз.

Контейнер № 3:

1) средства индивидуальной защиты (маски, одноразовые халаты, шапочки, перчатки), бахилы;

2) мешки и емкость для сбора отходов класса «Б»;

3) дезинфицирующее средство (кожный антисептик), который обладает широким спектром антимикробной активности, пролонгированным (остаточным) антимикробным действием не менее 3 часов, коротким временем экспозиции. Средство должно быть универсальным в применении, не оставлять следов и разводов.

Осмотр на дому происходит согласно определенному алгоритму и содержит: сбор жалоб, анамнеза, визиометрию, тонометрию, осмотр переднего отрезка, инстилляции мидриатиков (по показаниям), осмотр глазного дна.

После проведения тонометрии, осмотра с диагностическими линзами

тонометр Маклакова и линзы обрабатываются в соответствии с СОПом, утвержденным начальником ГБУЗ ЧОКТГВВ.

Алгоритм офтальмологического осмотра на дому:

1. Перед выездом медицинская сестра звонит пациенту и просит подготовить выписки, результаты проведенных ранее обследований для консультации офтальмолога на дому и предупреждает о времени визита;

2. Изучение медицинской документации пациента, имеющейся в медицинской организации;

3. Подготовка необходимого инструментария и расходников;

4. Беседа с пациентом и его родственниками;

5. Коррекция плана ведения;

6. Заполнение медицинской документации, в том числе в форме электронного документооборота, планирование следующего визита;

7. Обратная связь: обзвон пациентов производится на следующий день после визита медицинского персонала для уточнения у пациентов/родственников наличия жалоб, хода лечения, сложностей в выполнении назначений пациентами пожилого возраста;

8. В случае необходимости: обучение родственников или лиц, осуществляющих уход за пациентом, инстилляциям глазных капель.

Таким образом, выстроенный алгоритм и работа всего медицинского персонала позволяет провести офтальмологический осмотр диспансерной группы пациентов с проведением ряда исследований, в том числе и на дому. Офтальмологическая помощь может быть предоставлена как в составе мультидисциплинарной бригады, так и без специалистов другого профиля. Такой индивидуальный подход способствует профилактике заболеваний органа зрения, своевременной коррекции назначенного лечения и сохранению высокого качества жизни у пациентов пожилого возраста.

ПОДГОТОВИТЬ ПРОФЕССИОНАЛА

ОПЫТ ВОРОНЕЖСКОГО БАЗОВОГО МЕДИЦИНСКОГО КОЛЛЕДЖА



■ **Светлана Ивановна СЕЛЕМЕНЕВА**
Директор БПОУ ВО «ВБМК»

Профессиональное ядро специалиста составляют знания и навыки, приобретенные за период теоретического и практического обучения в колледже. Выпускник должен быть готов самостоятельно и эффективно решать задачи по оказанию помощи, позитивно взаимодействовать и сотрудничать с коллегами и пациентами, стремиться к постоянному профессиональному и творческому росту, обладать устойчивым стремлением к самосовершенствованию и самореализации.

В формировании ключевых компетенций специалиста большое значение имеет практическое обучение. Весь учебный процесс основан на чередовании теории и практики, чтобы каждый студент получил возможность применить полученные знания и навыки на практике – в медицинской организации, в ситуации, максимально приближенной к реальности, в том числе «у постели пациента». Качественно организованная практика – залог востребованности выпускника практическим здравоохранением. Такой выпускник готов быстро адаптироваться к работе, осваивать новые навыки и более сложные образовательные программы.

Задача подготовки востребованного выпускника, таким образом, неразрешима вне социального диалога, вне тесного сотрудничества образовательных организаций и учреждений здравоохранения.

В настоящей публикации нам хотелось бы поделиться основными на-

правлениями такого сотрудничества на примере Воронежского базового медицинского колледжа (ВБМК).

Успешность будущего профессионала формируется в большой степени при прохождении производственной практики, когда теоретические знания и манипуляции, отработанные на фантомах и муляжах, трансформируются в конкретные умения и навыки по оказанию медицинской помощи конкретному пациенту.

Возможность помочь больному, облегчить его страдания, увидеть конкретные результаты своей работы позволяют студенту осознать важность своей профессии, заложить фундамент будущей успешности.

Очевидно, что студенту должны быть адресованы единые и согласованные требования, как со стороны преподавателей колледжа, так и со стороны специалистов медицинских организаций.

В Воронежской области этот вопрос решается следующим образом:

- Департамент здравоохранения приказом утверждает перечень медицинских организаций, используемых в качестве баз практической подготовки. С этими организациями ВБМК заключает прямые договоры. Надо сказать, что практически все медицинские организации города Воронежа и Воронежской области, где имеются учебные кабинеты, становятся учебно-производственными базами;
- Всю методическую документацию (программа практики, оценочные материалы) мы в обязательном порядке согласовываем с работодателем;
- Для учебной и практической работы со студентами мы привлека-

ем высококвалифицированных специалистов медицинских организаций: занятия в учебных кабинетах медицинских организаций проводят преподаватели-совместители – врачи, главные и старшие медицинские сестры;

- Установочные и итоговые конференции по всем видам практик проходят совместно с главными и старшими медицинскими сестрами медицинских организаций;
- В аттестации по итогам производственных практик принимают участие главные медицинские сестры, – они оценивают полученные студентами компетенции, анализируют практическую работу студентов (готовят индивидуальные характеристики, отчеты, аттестационные листы);
- При организации производственного обучения на следующий год мы непременно учитываем все замечания и рекомендации со стороны специалистов медицинских организаций.

Не последнюю роль в качественной подготовке выпускников играет оснащение образовательных организаций. В настоящее время в ВБМК функционируют 42 специализированных кабинета, учебные аудитории, компьютерные классы, библиотека с читальным залом, актовый и спортивный залы. Чтобы образовательный процесс был максимально приближен к реальной работе в практическом здравоохранении, отработка навыков проводится в специальных учебных кабинетах медицинских организаций на фантомах и муляжах.

В распоряжении студентов электрокардиографы, микроскопы, тонометры, пульсоксиметры, реанимационные тренажеры для обучения сердечно-легочной реанимации, ростомеры, весы, функциональные кровати, родовая кровать, тренажеры для отработки техники внутривенных и внутримышеч-

15 ноября
1870 года –
дата основания
колледжа



ных инъекций, акушерский тренажер. Согласно ФГОС СПО оснащенность кабинетов составляет от 89% до 96%. Материальная база регулярно пополняется за счет внебюджетных и бюджетных средств.

Двигаясь от простого к сложному, студенты приступают к практическим занятиям уже на первом курсе. В колледже под руководством преподавателей первокурсники осваивают теорию, изучают манипуляционную технику. Затем начинается учебная и производственная практика в медицинских организациях г. Воронежа – ее студенты проходят под общим и непосредственным руководством медицинского персонала и контролем методических руководителей от образовательной организации.

На втором курсе студенты переходят к практическим занятиям по уходу и лечению пациентов различного профиля: терапевтического, хирургического, педиатрического, инфекционного. После каждого раздела проводится практика по профилю специальности в соответствующих отделениях медицинских организаций.

На третьем курсе ребята совершенствуют технику манипуляций, навыки оказания неотложной и реанимационной помощи, осваивают методы реабилитации.

Таким образом, за всё время обучения студенты проходят учебные и производственные практики по профилю специальности на лечебных базах по различным направлениям, имея возможность познакомиться с условиями работы в конкретных функциональных подразделениях медицинской организации. Нередко именно в период такой практики студенты определяют с будущим направлением

своей профессиональной деятельности.

К заключительному этапу практического обучения – преддипломной практике – студенты уже готовы к самостоятельной работе.

Последние три года мы чаще реализуем монопрофильные программы производственной практики, которые позволяют будущим выпускникам проходить практику в медицинских организациях, где они в последующем планируют работать. Это не только способствует совершенствованию знаний и умений, необходимых на конкретном месте работы, но и закрепляет навыки работы в команде. Такая практика помогает влиться в трудовой коллектив, полностью адаптироваться к условиям работы и комфортно чувствовать себя в коллективе.

Возвращаясь к вопросу социального диалога с медицинскими организациями, важно сказать, что работодатели активно участвуют и в оценке качества наших выпускников. Председателями Государственных экзаменационных комиссий являются руководители и главные специалисты учреждений здравоохранения города.

Государственная итоговая аттестация выпускников, согласно ФГОС СПО-3, происходит в виде защиты выпускной квалификационной работы. В разработке тем принимают активное участие специалисты практического здравоохранения. Готовя курсовую и выпускную квалификационную работу, студенты глубже изучают потребности пациента, знакомятся с разными этапами оказания помощи, особенностями ее организации, совершенствуют навыки профессионального общения. В целом, готовя квалификационные работы, студенты начинают чув-

ствовать свою причастность к положительным переменам, происходящим в лечебном учреждении.

Ежегодно на педагогическом совете совместно с председателями и членами Государственных экзаменационных комиссий мы проводим анализ профессиональной подготовки выпускников, планируем мероприятия по устранению замечаний, выявленных Государственной экзаменационной комиссией.

Выпускникам ВБМК есть что вспомнить о своих годах учебы – ярким событием студенческой жизни уже много лет является конкурс «Лучший по профессии» среди выпускных курсов специальностей «Сестринское дело» и «Лечебное дело». В жюри приглашаются ведущие специалисты медицинских организаций г. Воронежа.

Принципиальной для себя задачей мы считаем не только организацию учебного процесса, но и трудоустройство выпускников. Для этого в колледже создана и активно работает специальная комиссия. В ее состав входят: председатель – это заведующий практикой и члены комиссии – заведующие отделениями, кураторы специальностей, классные руководители выпускных групп, представители медицинских организаций. Данные о вакантных местах для трудоустройства поступают в колледж в течение всего учебного года. Если студент планирует трудоустроиться, мы стараемся организовать индивидуальное прохождение преддипломной практики на рабочем месте, согласно заявке работодателя.

Кроме того, в колледже проводятся ярмарки вакансий, дни молодого специалиста, где выпускники и работодатели могут решить проблему трудоустройства. Главные врачи и ведущие



специалисты медицинских организаций предлагают вакантные места выпускникам колледжа, знакомят с условиями трудоустройства, заключают договоры. Итогом такой совместной деятельности медицинского колледжа с работодателями является достаточно высокий (65–70 %) процент трудоустройства выпускников.

Одним из направлений практико-ориентированного обучения является формирование у будущих специалистов приверженности здоровому образу жизни. Медицинские сестры – главные проводники здоровьесберегающей политики. При организации работы в этом направлении социальное партнерство колледжа осуществляется не только с медицинской организацией, но и с образовательными учреждениями города. В нашем колледже накоплен большой методический материал для проведения бесед, внеаудиторных мероприятий по здоровому образу жизни, медицинской профилактике, гигиеническому обучению населения. Студенты волонтерских отрядов «Спешите делать добро», «Береги здоровье смолоду» не только активно пропагандируют здоровый образ жизни в колледже, но и осуществляют гигиеническое об-

учение пациентов в стационарах, школьников, их родителей, студентов других образовательных учреждений. В школах и средних профессиональных образовательных учреждениях города проводятся беседы и лекции по профилактике ВИЧ-инфекции, туберкулеза, заболеваний, передающихся половым путем. Для школьников различных возрастов разработаны классные часы, включающие конкурсы, викторины, анкетирование на темы: «Стоп сигарета», «Мы за ЗОЖ», «Здоровое сердце», «Мы против СПИДа!», «Путь к здоровью», «Мы – против наркомании, табакокурения, алкоголизма!».

Ежегодно совместно с областным центром медицинской профилактики БУЗ ВО «ВОКЦОЗ и МП» студенты и преподаватели колледжа участвуют в акциях по формированию здорового образа жизни, профилактике заболеваний: «Об этом должен знать каждый» ко Дню борьбы со СПИДом; студенческая конференция «Живи без зависимости!»; участие в информационном мероприятии «Вместе против ВИЧ», посвященном Международному дню памяти умерших от СПИДа, и т.д.

Все это только часть нашего социального партнерства с медицинскими ор-

ганизациями, причем партнерства взаимовыгодного! Образовательное учреждение получает хорошо адаптированную к потребностям практической подготовки студентов базу, где персонал понимает, как надо готовить будущих специалистов. В свою очередь медицинские организации получают специалистов, подготовленных по единым требованиям к уровню компетентности, готовых к быстрой и эффективной адаптации к производственной среде.

Опыт работы нашего колледжа показывает, что социальное партнерство – это долгий процесс, требующий усилий с обеих сторон. Однако эти усилия вознаграждаются результатом – качественным образованием, востребованностью выпускников, положительными отзывами о молодых специалистах медицинских организаций, в конечном итоге, качеством медицинской помощи. Совместная работа с социальными партнерами, применение пациент-ориентированного подхода ведет к созданию условий для повышения уровня профессиональной готовности, развития у студентов профессионального мастерства, обеспечивает эффективную подготовку будущего специалиста.



ОСОБЕННОСТИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ЭТИКЕТА В ФОРМИРОВАНИИ ИМИДЖА ЛИДЕРА



■ Елена Викторовна ТИМОФЕЕВА

Старшая медицинская сестра
Наркологического диспансера,
г. Омск, ключевой член Омской
профессиональной сестринской
ассоциации, участник проекта РАМС
«Лидерство в сестринском деле»

В январе 2021 года РАМС объявила о старте проекта «Лидерство в сестринском деле». В число его участников вошли специалисты из 27 региональных ассоциаций, членов РАМС, в том числе 4 медицинские сестры из Омска. В рамках проекта участники проходят обучение по разным темам, одной из которых стал деловой этикет.

Мы спешим поделиться новыми знаниями и практическими рекомендациями, которые могут быть полезны лидерам. Если вы уже являетесь руководителем сестринского звена или ощущаете в себе такой потенциал, если представляете свою Ассоциацию на различных мероприятиях, то вы безусловно относитесь к категории лидеров!

Сложно представить себе лидера, который совершенно не знаком с нормами этикета. Общие понятия в нас заложены еще со студенческой скамьи, но для многих эти знания ограничиваются рамками профессиональной

этики. Итак, ЭТИКЕТ – это слово произошло от французского «etiquette» – и дословно переводится как ярлык, этикетка. Разные источники дают нам разные определения этикета: форма, манера поведения, принятые в том или ином обществе; совокупность норм поведения; правила и нормы учтивости и вежливости; правила поведения, касающиеся внешнего проявления отношения к людям (обхождение с окружающими, формы обращения и приветствий, поведение в общественных местах, манеры и одежда) и многие другие.

Для чего этикет нужен лидеру и профессионалу? Для того чтобы чувствовать себя уверенно в любой деловой ситуации, достигать взаимопонимания, формировать профессиональную культуру, в которой все смогут комфортно и продуктивно работать. Знание норм делового этикета дает возможность лидеру без особых усилий использовать уже готовые формы общепринятой вежливости для общения с различными группами людей: будь то пациенты, коллеги, подчиненные, вышестоящее руководство, на различных уровнях. Каждому специалисту, а тем более лидеру знание общепринятых норм делового этикета подарит уверенность и будет способствовать формированию положительного имиджа.

Различают несколько видов этикета: придворный, воинский, дипломатический, общегражданский или бытовой, но лидеру особенно важно знать и уметь применять в своей профессиональной деятельности деловой этикет.

К основным принципам делового этикета относятся внимание и уважение к коллегам и пациентам, соблюдение таких норм, как вежливость, тактичность, чуткость, чувство меры, деликатность, умение слушать, скромность; знание форм этикета и умение правильно их применять в профессиональной деятельности. Лидеру важно научиться в комплексе использовать следующие формы профессионального этикета:

ВЕРБАЛЬНЫЙ ЭТИКЕТ – словесные формулы обращения (приветствия, знакомства, извинения, просьбы, предложения), манера разговаривать; искусство вести беседу.

НЕВЕРБАЛЬНЫЙ ЭТИКЕТ – жесты (приветствия, прощания, согласия, отрицания, удивления), мимика, улыбка, направление взгляда.

ЭТИКЕТНАЯ ПРОКСЕМИКА – расположение в пространстве, организация пространства, выбор определенной дистанции, правила рукопожатия.

ЭТИКЕТНАЯ АТРИБУТИКА – служебный дресс-код, аксессуары, головной убор, визитные карточки, бейджи.

В правилах речевого этикета много особенностей, но в медицинской деятельности для формирования положительного имиджа лидера наиболее важно в процессе общения, независимо на каком уровне оно происходит: не быть предвзятым; быть спокойным; быть уверенным; выражать неподдельный интерес к собеседнику и его проблеме; быть открытым для восприятия доводов собеседника; знать, на что обратить внимание собеседника.

В процессе трудовой, общественной, личной жизни лидеру необходимо

научиться использовать простейшие правила этикета, к которым относят правила знакомства, приветствия, правила переписки и общения по телефону и многое другое.

Основные правила знакомства:

- При знакомстве представляют мужчину женщине, младших по возрасту или должности – старшим, пришедших позже – пришедшим ранее.
- Человека, которому вы представляете незнакомца, нужно назвать первым, а того, кого представляют, – вторым. Например: *«Иван Петрович, познакомьтесь, это Марина Николаевна»*.
- Допустимо и желательно уточнять при знакомстве род занятий и/или степень вашего знакомства с теми, кого вы представляете друг другу. Например: *«Ольга Ивановна, познакомьтесь, это медицинский статистик Андрей Николаевич. Андрей Николаевич, познакомьтесь, это врач-терапевт Ольга Ивановна»*.
- Инициатором рукопожатия становится человек, которому представляют незнакомца. Женщина первой подает руку мужчине, старший более молодому и т.д.
- Когда вам кого-нибудь представили или кто-нибудь сам представился вам, вы называете свою фамилию и добавляете: *«Очень приятно»*, *«Рад с вами познакомиться»*.

Ежедневно лидеру приходится взаимодействовать с разными людьми, опираясь на правила приветствия.

Правила приветствия гласят:

- Сначала здоровается мужчина с женщиной, молодой человек с пожилым или более статусным по занимаемому в обществе положению, проходящий – стоящего, опаздывающий – ожидающего.
- Единственное исключение из предыдущего правила: при входе в помещение нужно всегда приветствовать уже присутствующих в нем людей первым, независимо от пола, возраста и статуса.
- Если речь идет о трудовом коллективе, руководитель, приветствуя, всегда подает руку подчиненному первым.
- Подача руки сидящему в момент приветствия требует от него

встать перед рукопожатием, независимо от пола, возраста или статуса.

- Мужчина участвует в рукопожатии, только сняв предварительно перчатку. Для женщин данное правило не является обязательным и исполняется по желанию.

В своей профессиональной деятельности лидер практически ежедневно применяет правила делового этикета: всегда старается быть точным и не опаздывать, всегда здоровается, говорит *«спасибо»* и *«пожалуйста»*, не перебивает собеседника, предупреждает о своем визите, перед тем, как зайти, стучит или говорит *«здравствуйте»*, если дверь открыта. На деловых переговорах (совещаниях, планерках) лидер изъясняется четко, кратко и внятно, чтобы суть сообщения была предельно ясной, воздерживается от избытка сленга и слов иностранного происхождения, особенно, если на деловой встрече присутствуют специалисты из смежных сфер деятельности, не слишком знакомые с тонкостями медицинской терминологии.

В информационном веке лидеру, безусловно, важно обладать умениями и навыками общения в сети, с точки зрения этикета обратите внимание на следующие моменты:

- Одно письмо – одно дело, с указанием темы письма и сроков.
- «Обратная связь» (*«информацию приняли, отчеты сдадим в указанные сроки»*).
- Сообщения в мессенджерах – не множество дробных по одной теме/вопросу, а единое полноценное сообщение, в котором содержится вся суть вопроса.
- Перепроверка письменных сообщений и исправление ошибок перед отправкой.
- Пауза или воздержание от написания письма (сообщения) в трех случаях: «на эмоциях», «вместо планерки», «когда горит». Грамотный лидер знает, если задача требует очень быстрого решения, целесообразно не отправлять письма по электронной почте, а позвонить.

Запомните базовую схему звонка: поприветствовать, представиться, назвать медицинскую организацию (под-

разделение), узнать, удобно ли собеседнику сейчас говорить, кратко озвучить цель звонка, обсудить суть, поблагодарить за уделенное время, попрощаться. Помните:

- Нельзя беспокоить коллег звонками рано утром, в течение перерыва на обед или после завершения рабочего дня.
- Если вам не ответили после 5-го гудка, положите трубку.
- Если во время звонка прервалась связь, перезвонить должен инициатор звонка.
- Представьтесь, если вы позвонили с нового номера.
- Обязательно подготовьте на столе бумагу и ручку, чтобы можно было записать необходимую информацию.
- Завершая беседу, необходимо поблагодарить собеседника за уделенное время или полученные сведения.

Благодаря знаниям профессионального этикета лидер во время проведения деловой встречи (планерка, совещание и др.) проявит такие качества, как терпение, такт, дипломатичность, проницательность, спокойствие и уверенность в себе. Главным на деловой встрече является создание доверительного взаимопонимания. Вы должны расположить к себе коллегу или коллег, не уменьшая при этом чувства собственного достоинства.

Если вы присутствуете на разного рода деловых встречах (собраниях, конференциях, совещаниях, коллегиях и др.), необходимо помнить:

- Никогда не опаздывайте на встречи.
- Следите за тем, как вы сидите.
- Говорите четко и громко.
- Не обсуждайте и не ставьте под сомнение профессионализм, навыки и способы лечения, квалификацию другого специалиста.
- Всегда спрашивайте разрешение ваших коллег, если хотите сослаться на них третьим лицам, указать их в списке партнеров у себя на сайте, рассказать какой-либо случай с их участием в публичной плоскости.
- При прощании выражайте удовлетворенность встречей.
- Уходя ненадолго, для оказания внимания нужно произнести: «Мы еще увидимся».

- В ситуации прощания уместны извинения за отнятое время, при этом необходимо поблагодарить коллегу за проявленное внимание и любезность.

Тема делового этикета как части культуры лидера многогранна. Ее можно рассматривать в связи с различными аспектами лидерства, эффективной коммуникации, управленческого стиля, влияния и противостояния манипуляциям, создания имиджа, а также управления конфликтами, профилактики стресса и др.

В рамках одной статьи невозможно уместить все правила этикета, поэтому Омская ассоциация выпустила памятку «Профессиональный этикет лидера», в котором вы найдете много интересного по теме и сможете осознанно

применять правила этикета в профессиональной деятельности.

В вопросах профессионального этикета лидера есть особый сакральный смысл, с одной стороны, мы учимся и развиваемся сами, а с другой стороны, мы развиваем и прививаем культуру в своих сестринских сообществах, коллективах. Суть профессионального этикета заключается в том, что это «универсальный фактор групповой интеграции, способствующей достижению групповых целей с наибольшим эффектом». Говоря простым языком, этикет – это инструмент для достижения общих и глобальных целей. Соблюдение профессионального этикета способствует развитию таких качеств, как дисциплинированность, уверенность, что благоприятно отражается

на качестве нашей профессиональной деятельности.

Помните: эмоцию интереса у последователей невозможно вызвать, если лидер не соблюдает правила этикета. Люди устроены так, что их привлекает в других вежливость, уважение, тактичность, хорошие манеры в целом. Внутренняя культура, основанная на нравственных принципах, ценностях, качествах личности, проявляется в конкретных поступках, поведении людей в различных сферах жизни, и особенно – в деловой, и является составной частью профессиональных качеств лидера. **«Быть лидером – значит быть собой»** – для истинных лидеров это девиз, а правила этикета это то, что поможет лидеру быть увереннее.

Методика применения регионарной анестезии у пациентов с нейрохирургической патологией



■ **Нина Васильевна НИКИФОРОВА**
Медсестра-анестезист отделения анестезиологии-реанимации БУЗ УР «ГКБ № 7 МЗ УР» города Ижевска, Удмуртская Республика

В настоящее время ни одно хирургическое вмешательство не обходится без адекватного обеспечения анестезиологического пособия. Сегодня на страницах профессионального журнала мне хотелось бы рассказать о методике применения регионарной анестезии у нейрохирургических пациентов, а также обозначить роль медицинской сестры-анестезиста в проведении спинномозговой анестезии, как одного из методов регионарной анестезии, которое активно используется в нашей медицинской организации при заболеваниях спинного мозга у пациентов с нейрохирургической патологией.

Вот уже более 25 лет я работаю в БУЗ УР «ГКБ № 7 МЗ УР». Наше учреждение является многопрофильной медицинской организацией города Ижевска. Стационар имеет в наличии специализированный операционный блок с 3 операционными для нейрохирургических больных и 1 операционную для больных ЛОР-отделения.

Одним из структурных подразделений БУЗ УР «ГКБ № 7 МЗ УР» является отделение анестезиологии-реанимации. Оно было открыто и начало функционировать с декабря 1975 года. Ежегодно здесь проходят лечение более 2 тысяч пациентов с заболеваниями и травмами головного, спинного мозга и периферической нервной системы.

Организация работы и оснащение в отделении анестезиологии-реанимации, а также работа медицинского персонала регламентируется согласно приказа МЗ РФ от 15.11.2012 г. № 919Н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «анестезиология и реаниматология».

На сегодняшний день в отделении анестезиологии-реанимации трудятся 20 медицинских сестер-анестезистов. Более половины из них имеют высшую

квалификационную категорию по специальности «анестезиология-реаниматология», стаж работы в отделении составляет более 20 лет.

Ежегодно в операционных нашей медицинской организации проводится до 2 тысяч оперативных вмешательств. Это требует адекватного обеспечения анестезиологического пособия.

Как показано на диаграмме (рис. 1), лидирующую позицию занимает комбинированная анестезия с применением искусственной вентиляции легких (КА и ИВЛ). На втором месте проведение спинномозговой анестезии (СМА) и замыкает тройку лидеров внутривенная анестезия (ВВ).

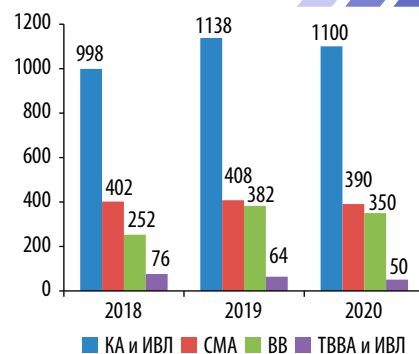


Рис. 1. Сравнительная характеристика анестезиологических пособий в БУЗ УР «ГКБ № 7 МЗ УР»



Положение пациента на правом боку во время проведения СМА



Обработка рук анестезиолога перед проведением пункции

Спинальная анестезия – это метод регионарной анестезии, при котором в субарахноидальное пространство вводится местный анестетик, который блокирует нервные импульсы, проходящие по спинномозговым корешкам. Потеря чувствительности определенного участка тела зависит от того, на каком уровне блокированы нервные корешки, т.е. уровня проведения спинномозговой анестезии. Именно этот метод регионарной

Преимущества регионарной анестезии перед общим наркозом:

- Пациент находится в сознании, он контактен;
- Спинальная анестезия не раздражает дыхательные пути;
- Используемые препараты не оказывают токсического влияния на органы, так как анестетик не попадает в кровь;
- При этой методике используются щадящие дозы лекарств;

ние, нехватка воздуха, что в конечном итоге может привести к остановке дыхания. Такое осложнение заканчивается интубацией трахеи пациента и переводом больного на ИВЛ.

Важная роль в подготовке и проведении анестезиологического пособия принадлежит медицинской сестре-анестезисту. Перед проведением СМА медицинская сестра-анестезист обязана выполнить следующие действия:

- Провести идентификацию пациента;
- Проверить информированное согласие пациента на обеспечение анестезиологического пособия;
- Проверить наличие оборудования и аппаратуры для оказания неотложной помощи при возникновении осложнений: аппарат ИВЛ, дефибрилятор, аппарат для мониторинга АД, ЧСС, ЭКГ, SPO₂, набор для интубации трахеи, медикаменты и многое другое.

Затем медицинской сестре-анестезисту необходимо провести комплекцию стерильного стола:

- Стерильные перчатки;
- Пинцет и зажим;
- Антисептик для обработки рук;
- Антисептик для обработки операционного поля;
- Стерильные салфетки для обработки кожи;
- Иглы для проведения СМА;
- Шприцы;
- Местные анестетики, препараты для проведения СМА.

Несколько слов о местных анестетиках. «Золотым стандартом» среди местных анестетиков средней продолжительности действия всегда считался лидокаин. Это препарат группы амидов. Для СМА он использовался в виде 2% раствора. Основным недостатком

Спинальная анестезия в том виде, в котором она используется сейчас, была впервые выполнена австрийским ученым Августом Биром 16 августа 1897 года при резекции голеностопного сустава по поводу его туберкулезного поражения. В 1901 году автор метода впервые опубликовал его, а впоследствии в 1909 году развил учение о венозной анестезии.

анестезии при лечении нейрохирургической патологии у пациентов, поступающих к нам с межпозвоночными грыжами, активно используется в нашей медицинской организации. Для удаления грыжи межпозвоночного диска на уровне L5-S1 (пояснично-крестцовый отдел) проводится пункция выше места поражения (на уровне L3-L4 позвонка).

Буквально 10 лет назад таким пациентам обеспечивали анестезиологическое пособие в виде общего наркоза, но дальнейшие наблюдения показали, что риск анестезии при ведении пациента во время общего наркоза, а также осложнения, которые могут возникнуть у пациента в посленаркозном периоде, возрастали. Поэтому было принято коллегиальное решение перейти на применение методики регионарной анестезии.

- Пациенту обеспечивается быстрая и легкая реабилитация;
- Во время проведения анестезии обеспечивается снижение АД у пациентов с гипертонией.

Поскольку в ряде медицинских организаций были зафиксированы случаи проведения СМА в условиях палаты пребывания пациентов, следует подчеркнуть, что это крайне нежелательно и опасно. Важно знать, что спинномозговую анестезию необходимо выполнять только в условиях операционной, которая полностью оснащена оборудованием для мониторинга, оборудованием и аппаратурой для проведения общей анестезии, а также условиями проведения реанимационных мероприятий. Это необходимо во избежание грозного осложнения, известного как «высокий блок», при котором у пациента возникает затрудненное дыха-



Проверка оборудования перед обеспечением анестезиологического пособия



Подготовка стерильного стола



На фото стрелкой указана область повреждения (грыжа)

лидокаина считалась короткая и непредсказуемая (от 45 до 90 минут) продолжительность действия. Сегодня на место лидокаина пришли современные местные анестетики.

В настоящее время самым распространенным препаратом для проведения СМА в мире считается бупивакаин. Он отличается большой продолжительностью действия (90–240 минут), относится к группе амидных местных анестетиков. Для проведения СМА мы используем изобарические 0,5% растворы.

Отдельно хотелось рассказать про иглы, которые мы используем для проведения СМА. Существует несколько типов игл.

Игла Квинке – это стандарт для проведения спинальной анестезии. Игла отличается хорошей заточкой, что создает иногда сложности при тактильном определении проходимых ею структур, в то же время пункция такими иглами технически проще пункции иглами с карандашной заточкой.

Иглы Шпротте и Уайткра. Они объединены в одну группу, так как являются иглами карандашного типа, и принципиальной разницы между ними нет. Основная цель такой формы конца этих игл – снижение частоты постпункционных болей, так как считается, что эти иглы меньше травмируют твердую мозговую оболочку, раздвигая ее ткани.

Далее, когда все уже готово к проведению анестезиологического пособия, медицинская сестра-анестезист помогает укладывать пациента, помогает врачу-анестезиологу во время проведения СМА.

Существует два положения пациента во время пункции:

- Первое положение – это положение на боку. Пациент располагается на боку таким образом, чтобы

подбородок был приведен к груди, затем он должен обхватить колени руками и привести их к животу;

- Второе положение – это положение сидя. Пациент сидит на операционном столе, ноги ставит на стульчик, подбородок также необходимо привести к груди, обхватить колени руками, их тоже необходимо привести к животу, спину при этом необходимо выгнуть.

Данное положение на операционном столе необходимо создать для того, чтобы врач-анестезиолог лучше мог прощупать межостистые отростки позвоночника, что обеспечит плановое проведение пункции. Медсестра-анестезист при этом удерживает пациента и внимательно следит за его состоянием.

Поскольку проведение спинномозговой анестезии требует соблюдения строгих стерильных условий, после определения места, в котором будет проводиться спинномозговая пункция, анестезиолог проводит тщательную обработку рук. В это время медсестра-анестезист обрабатывает антисептическим раствором место выполнения анестезии.

Во время проведения анестезиологического пособия медицинская сестра-анестезист:

- Контролирует положение пациента на операционном столе;
- Ведет мониторинг показателей: ЭКГ, АД, пульсоксиметрия, термометрия;
- Помогает анестезиологу на протяжении всей операции;
- Ведет анестезиологическую карту;
- Выполняет дезинфекцию и стерилизацию инструментов, аппаратуры после проведенной СМА.

Многие ошибочно считают, что пациенты после проведенной спинальной

анестезии могут наблюдаться в послеоперационной палате в хирургическом отделении. В нашем учреждении по окончании проведения анестезиологического пособия и оперативного вмешательства пациента обязательно переводят в палату пробуждения для дальнейшего наблюдения и мониторинга.

При поступлении пациента в палату пробуждения медсестра-анестезист обязательно регистрирует его в журнале регистрации анестезиологических пособий, затем заполняет карту наблюдения: паспортную часть, в которой указана: Ф.И.О., возраст пациента, номер истории болезни, название операции, дата и время поступления в палату. Врач регистрирует общее состояние пациента, уровень сознания, жалобы, частоту дыхания, сатурацию, гемодинамику. Время наблюдения пациента в палате пробуждения после проведенной СМА достигает 60 минут. Время перевода в послеоперационную палату также обязательно фиксируется в карте. Все проведенные мероприятия завершаются подписью врача и медсестры.

В заключение хотелось бы отметить важную роль медицинской сестры-анестезиста в проведении регионарной анестезии, к которой относится и спинномозговая анестезия. Медицинская сестра-анестезист проводит подготовку стерильного стола, тестирует аппаратуру, проверяет оборудование, обеспечивает венозный доступ пациенту, ассистирует врачу-анестезиологу во время анестезиологического пособия, осуществляет наблюдение за больным во время операции, в послеоперационном периоде, а также заполняет карту течения анестезии и ведет другую документацию установленного образца.



В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ СОСТОЯЛСЯ ВСЕРОССИЙСКИЙ КОНГРЕСС РАМС

В 2022 году Ассоциация медицинских сестер России преодолела дистанцию длиной в 30 лет. За первой встречей 19 главных сестер в Минздраве России, когда впервые была озвучена идея создания Ассоциации, последовали другие встречи, затем проекты, большие профессиональные события. Для медицинских сестер открылась новая эпоха, появились возможности общаться, обмениваться опытом, проводить образовательные мероприятия и даже конгрессы, формулировать свои предложения по развитию отрасли, участвовать в работе государственных структур, взаимодействовать с органами власти и профессиональными объединениями.

В 90-е, когда Ассоциация создавалась, профессия была под ударом кризиса общественных ценностей, но за эти годы она трансформировалась и уверенно из этого кризиса выходит. Роль медицинской сестры меняется, специалисты становятся более востребованными. Ушла в прошлое медицинская сестра, которая двигалась по заранее заданной траектории: училище – работа – возможно, преподавательская деятельность или культмассовая нагрузка. Появились специалисты – новаторы, общественные лидеры, исследователи, преподаватели, руководители, организаторы, спикеры и модераторы образовательных мероприятий, сестры – специа-

листы в области цифровых технологий... Список может быть продолжен, главное, что случилось, – открылись сразу многие направления для профессионального развития и реализации. И это ли не достойный повод для праздника в честь 30-летия серьезной общественной работы!

Гимн Ассоциации, яркий и вдохновляющий парад региональных ассоциаций, приветствия участникам конгресса от руководителей здравоохранения, которые искренне ценят труд медицинской сестры, фильм, посвященный истории РАМС, открыли Юбилейный конгресс для огромной аудитории, которая давно ждала очной встречи. Более 800 специалистов – соратников в деле развития сестринского дела из 53 регионов России, коллеги из Белоруссии, Киргизии, Казахстана, практики и руководители собрались в Санкт-Петербурге – городе, который обрел своеобразный статус столицы сестринского дела. В центре особого внимания оказались медсестры Донецкой Народной Республики, Луганской Народной Республики, Запорожья – те, у кого каждый рабочий день – подвиг с риском для жизни.

Отметив заслуги медицинских сестер перед отечественным здравоохранением и всей страной в мирное и военное время в своем видеообращении, Министр здравоохранения Российской Федерации Михаил Мурашко

поздравил участников конгресса, членов РАМС, всех специалистов сестринского дела с 30-летием Ассоциации.

Сотни счастливых лиц в одном из крупнейших конференц-залов Санкт-Петербурга и столько воспоминаний – о первых встречах, первых обращениях в Минздрав, когда специалисты только учились формулировать свои мысли и пожелания. Перелистывая страницы буклета и книги по истории РАМС, заглянув на историческую экспозицию, участники конгресса вспоминали о том, как создавались ассоциации в регионах, формировались специализированные секции, начиналась разработка полезных материалов для специалистов практики, пациентов и ухаживающих за ними родственников.

– Задачи стояли перед нами грандиозные, но надо было с чего-то начинать. Договорились обучать средний медицинский персонал «взаимы» на курсах повышения квалификации в базовом медколледже, так как у главных врачей ЛПО не было бюджетных средств на обучение. Сами медицинские сестры не получали зарплату по несколько месяцев подряд, – вспомнила Валентина Петровна Анопо, вице-президент РАМС и руководитель ассоциации в Астраханской области.

– Важным событием для медицинских сестер фтизиатрической прак-



тики стало проведение в феврале 2013 года международного семинара «Сестринские исследования». Мне довелось в нем участвовать от Республики Марий Эл, – вспоминает Полина Волкова, член Фтизиатрической секции РАМС и руководитель одноименной республиканской секции. – Научные сестринские исследования в России на этапе становления, поэтому полученные тогда знания актуальны и по сей день, а проведенные нами исследования сказались на качестве обучения пациентов.

Итоги большой 30-летней работы прозвучали в докладе президента РАМС Валентины Саркисовой. Организация сразу бралась за те проблемные вопросы, которые стояли особенно остро. Поначалу среди таких вопросов были управленческие должности, льготные пенсии, аттестация, профессиональная литература и методические рекомендации, формирование информационного пространства, связей между специалистами, основ для обмена опытом.

Затем на первый план вышли инновационные преобразования на практике, создание специализированных секций, сестринские исследования, профессиональные стандарты, разноплановые международные проекты по вопросам клинической практики.

Третье десятилетие РАМС отмечено работой над глобальными и европейскими стратегиями развития профессии в рамках Международного совета сестер, Европейского форума, Альянса

сестринских ассоциаций стран БРИКС, разработкой предложений и сбором лучших отечественных примеров расширения клинической практики, участием в аккредитации, созданием основ для непрерывного медицинского образования специалистов сестринского дела.

– Оценивая прошлое, Ассоциация смотрит в будущее. Некогда, по результатам Первого Всероссийского съезда средних медицинских работников, в стране была принята Программа развития сестринского дела, ее реализацию поддержали территориальные программы, – отметила Валентина Саркисова. – И в этом смысле без серьезного программного документа двигаться дальше невозможно. Пока нет законодательно закрепленных и документально оформленных ориентиров, все, что исходит от Ассоциации и ее лидеров – не встречает всеобщего принятия. Профессиональная идентичность, которую мы формируем – медицинская сестра – это личность, самостоятельный и ответственный профессионал, складывается не только из идеологии, продвигаемой РАМС, но и из столкновения с реальным положением дел, отношением к делу самих специалистов, отношения к ним руководителей и врачей на местах.

– Наша задача как единого общероссийского сообщества, являющегося движущей силой сестринского дела, самим определить, кто мы такие и какими мы должны и можем быть, – подчеркнула Тамара Дружинина. – Профессия нуждается в манифесте, в котором мы должны обозначить границы компетенций, описать перспективы развития образования и формирования медсестры как личности в профессии. Манифест должен выразить мнение общественной организации по поводу дальнейшей деятельности.

По убеждению Татьяны Семеновой, заместителя Министра здравоохранения РФ, сегодня без профессиональных ассоциаций, без внутренней мотивации ничего не может сдвинуться с места. Сестринский персонал – базовая опора здравоохранения, но в стране, несмотря на колоссальное увеличение контрольных цифр приема в медицин-

ские колледжи, численность персонала пока продолжает сокращаться.

– Мы сталкиваемся с тем, что достаточно большое количество студентов колледжей бросают обучение, не доучившись до конца. Одна из причин – низкая профориентационная направленность при выборе профессии, – полагает заместитель Министра.

– Нужно укреплять систему наставничества в медицинских организациях. Мы недорабатываем в данном отношении, – отметила главный внештатный специалист по управлению сестринской деятельностью Яна Габоян. – Мы, практики, должны активно взаимодействовать с образовательными организациями и давать им четкий запрос на то, что хотели бы получать на выходе. Конечно, для этого нужна стратегия (Дорожная карта, понятная нам всем программ), как и куда мы движемся дальше. Будет правильным, если нашу судьбу мы с вами будем решать вместе.

За эти годы и Ассоциация, и профессия прошли большой путь. Тысячи специалистов получили высшее образование, усовершенствовали организацию работы своих медицинских организаций, стали ключевыми участниками национальных проектов развития здравоохранения, сформулировали, добились поддержки, а порой и финансирования для реализации общественных инициатив или проведения научных исследований. По нашему мнению, такая сильная группа лидеров профессии полностью готова к тому, чтобы создать серьезный документ по развитию отрасли и взять на себя значимую долю ответственности за его выполнение.

Именно такие представители профессии вошли в число 99 спикеров конгресса, выступивших на пленарном и восьми секционных сессиях: образование, практика, рабочие места, лидерство – в точном соответствии с Дорожной картой по развитию сестринского и акушерского дела в европейском регионе – и профилактика, диагностика, лечение, реабилитация, – т.е. по всем направлениям медицины, где специалисты среднего звена есть основной ресурс оказания помощи. Каждая секция собрала уникальный по своему направлению опыт.



В секции «Диагностика» участники обсудили правила проведения медицинского освидетельствования, современные методы диагностики туберкулеза, рака шейки матки, бесплодия, правила подготовки пациентов к различным видам диагностических исследований, правила отбора биологических проб, узнали о развитии и преимуществах современных ДНК-технологий, о внедрении технологий искусственного интеллекта, причем на примере работы участковой медицинской сестры! Специалисты лабораторной диагностики ожидают отличной подготовки кадров, распространения современных технологий, простоты и доступности обновления знаний профессионалов, с работы которых начинается путь к правильному диагнозу, а значит, выздоровлению.

Секция «Профилактика» – здесь участники делились лучшим опытом проведения диспансеризации, мотивации населения на своевременное прохождение осмотров, здоровый образ жизни, профилактику ожирения, бесплодия, сердечно-сосудистых заболеваний и йододефицитных состояний. Много здесь звучало и об обучении лиц, уже затронутых хроническими недугами. Медицинские сестры всегда рядом, и как важно, чтобы система оказания помощи была организована таким образом, чтобы медсестры могли защитить население от грозных рисков здоровью, могли научить пациента жить со своим заболеванием, не допуская осложнений.

Секция «Лечение» познакомила участников с достижениями коллег по оказанию помощи пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями, выхаживанию новорожденных, сестринскому уходу за «детьми-бабочками» (дети, страдающие редким заболеванием – буллёзный эпидермолиз). Оказание помощи таким детям – образец высочайшего сестринского мастерства.

218 участников секции из 39 регионов вернулись домой с солидным багажом знаний, чтобы распространять на местах и внедрять в практику своих организаций. Сформулировали предложения в адрес РАМС по развитию НМО, внедрению пациент-ориентированной модели сестринского ухода, развитию исследований и доказательной практики, обеспечению персонала необхо-

димыми для качественной работы ресурсами, развитию роли медицинской сестры по обучению пациента.

Секция «Реабилитация» вдохновила участников современным опытом и стремительно развивающимися технологиями в реабилитации самых разных групп пациентов от недоношенных новорожденных до лиц, перенесших ампутацию, инсульт, рак молочной железы, COVID-19. Практика специалистов в области реабилитации основана на индивидуальном подходе. Для каждого пациента медицинская сестра ставит определенные реабилитационные задачи и, выполняя план мероприятий, отслеживает динамику, а еще учит родственников и активно вовлекает их и самого пациента в лечебно-восстановительный процесс.

На площадке «Лидерство» медицинские сестры-руководители, а также молодые специалисты представили лучшие управленческие решения, обсудили вопросы наставничества, привлечения молодых специалистов к общественной деятельности, – т.е. интеграции их взглядов в формирование политики сестринского дела. Участники секции высказались о необходимости готовить лидеров, разрабатывать учебные программы по лидерству, в которые будут включены не только темы формирования имиджа лидера и его качеств, но и командообразование, курс психологии, включая психологию управления и медиативную компетентность.

В результате секции «Рабочие места» участники обсудили национальную программу «Земский доктор», интенсивный процесс введения в эксплуатацию новых зданий для ФАП, что вселяет оптимизм в работу тысяч специалистов сельской медицины, рассмотрели организацию рабочих мест и в современных многопрофильных стационарах, познакомились с опытом ведения сестрами электронных журналов и достигнутой экономии времени.

На секции «Образование» речь шла о возможностях модульного образования, ориентированного на современные технологии, использовании симуляционного оборудования, освоении студентами бережливых технологий, создании образовательных отделений на базе крупнейших стационаров. Практически каждый доклад – предложение в резо-

люцию конгресса, чтобы сблизить образование с практикой, получать готовых к работе молодых специалистов, вникающих в суть профессии под чутким руководством опытных наставников.

В секции «Практика» говорили о настоящих реформах – не абстрактных лозунгах «Быстрее, выше, сильнее», а о проектной деятельности, нацеленной на рациональное и бережное использование ресурсов, организацию рабочего процесса, обеспечение безопасности пациента. Для развития сестринской практики участники секции считают необходимым совершенствовать систему инфекционного контроля за ИСМП в стационарах, пересмотреть образовательный модуль по социальному уходу за пациентом, рекомендовать всем руководителям сестринских служб получить высшее образование по специальности – ведь для практики значимы внедрение проектов, бережливых технологий, научных исследований и академические знания здесь лишними точно не будут.

– В самые короткие сроки мы ждем от Ассоциации медицинских сестер России конкретных предложений по введению новых должностей, новых моделей оказания помощи, новых принципов профессионального образования – по сути, новой Дорожной карты развития сестринского дела в сильной и открытой лучшим

медицинским практикам России, – отметил в своем видеоприветствии Министр здравоохранения Михаил Мурашко. По итогам состоявшегося конгресса сомнений в том, что это возможно, у лидеров РАМС не осталось.

По горячим следам по окончании конгресса лидерами Ассоциации была сформулирована резолюция, где нашли отражение основные задачи развития профессии – ее законодательное закрепление, совершенствование нормативной базы, наставничество, исследование и доказательная практика, образовательные программы и расширение клинических полномочий.

РАМС приложит все усилия, чтобы уже в ближайшее время приступить к работе по всем направлениям в сотрудничестве с Минздравом России, образовательными организациями, врачебным сообществом, всеми сторонами, заинтересованными в том, чтобы сестринское дело и профессия медицинской сестры вышли в нашей стране в число ведущих, привлекательных, наукоемких, прогрессивных во всех смыслах этого слова.

Но вернемся еще ненадолго к конгрессу. Воспоминания, напряженная работа пленарных и секционных заседаний, многие недели подготовки к мероприятию для организаторов, спикеров, модераторов, руководителей региональных делегаций завершились прекрасным концертом и выступлениями медицинских сестер – настоящих звезд

и голоса нашей профессии. В проведение конгресса свою лепту внесли многие лидеры сестринского дела, каждому из которых РАМС выражает глубокую благодарность!

И дело далеко не только в конгрессе! Региональные ассоциации, секции и просто активные лидеры профессии в течение 30 лет создавали новое, щедро делились своими наработками и каждый со своей стороны продвигали вперед профессию и укрепляли общественную организацию. Говоря спасибо всем членам и специалистам, в юбилейный год РАМС учредила медаль «Гордость ассоциации». Первыми ею были удостоены лидеры профессии из Астрахани, Вологды, Кемерово, Ленинградской области, Республики Марий Эл, Омска, Тюмени, Ярославля. Многие специалисты также были награждены знаком РАМС «За верность профессии», грамотами и благодарностями Минздрава России. Медалью «За заслуги перед отечественным здравоохранением» была награждена Тамара Васильевна Дружинина, президент Кемеровской ассоциации. За этими наградами неустанный труд самих лидеров, а также их многочисленных соратников, вместе с которыми Ассоциация стала значимой и непоколебимой силой.

Поставив восклицательный знак по завершению 30-летнего маршрута, мы уже наметили главные направления действий на ближайшие годы.

ЛЮДИ С КОЛОКОЛЬЧИКАМИ

«ЛЕНИВАЯ СМЕРТЬ» НЕ УШЛА В ПРОШЛОЕ



■ Светлана Александровна
АНДРЕЕВА
Исполнительный директор
АРОО «ПСА», Астраханская область

Ни живые ни мертвые – прокаженные

Что мы знаем о проказе? Только то, что эта болезнь считается неизлечимой и что перемещение людей, пораженных проказой, в далеком прошлом сопровождалось звяканьем колокольчиков. Многострадальным больным были обязаны их носить, предупреждая окружающих о своем приближении. Заслышав этот звон, люди сторонились прокаженного и уходили с его дороги.

Но изначально идея заключалась в другом. Вплоть до XIV века больные проказой рассчитывали на добродушие незнакомцев. Многие больные из-за прогрессирующей болезни теряли голос, поэтому колокольчики служили для привлечения внимания к себе, чтобы им поднесли подавание. Пожертвования для прокаженных были единственным способом выжить. Тогда этого заболевания еще никто не пугался, – в средние века после Крестовых походов многие рыцари возвращались со Святой Земли

уже с проказой. Заболевание считали праведным. В некоторых городах было заведено делиться с прокаженными продуктами. Всяческая помощь таким больным считалась делом богоугодным. Со временем больные проказой начали заниматься вымогательством, и в некоторых городах пользоваться колокольчиками им запретили.

Ленивая смерть

Да, именно так называли этот неизлечимый недуг – «ленивая смерть». Проказа, в отличие от холеры или чумы, убивала человека годами, а не расправлялась за несколько дней. Хворь калечила и уродовала, отнимала радость жизни и общения, забирала физическую активность, и лишь потом, спустя годы, лишала жизни.

На протяжении веков проказа существует рядом с человеком, вселяя леденящий душу страх своей непредсказуемостью и беспощадностью.

Астраханский лепрозорий

1896 год. ... На окраине города, в здании старой таможни на берегу реки Царев был открыт «Временный приют для прокаженных», находившийся в ведении «Комитета по призрению прокаженных», а содержание его велось, главным образом, за счет благотворительных средств. Рассчитан он был на 20 коек.

Один раз в неделю в приют наведывался врач, а повседневную помощь больным лепрой оказывали фельдшер и санитар.

«Астраханский лепрозорий», так в 1922 году стал называться приют для больных проказой.

Год спустя вышло Постановление Совнаркома СССР «О мерах борьбы

с проказой». С этого времени на государственном уровне началась планомерная работа по борьбе с лепрой. Заключалась она в активном выявлении и взятии на учет всех больных, их госпитализации и лечении.

Сад «Богемия» на Паробичевом бугре считался самым лучшим местом в городе. Именно туда в 1926 году был переведен лепрозорий, что позволило существенно улучшить бытовые условия больных проказой, наладить лечебное дело и создать лабораторию.

В ноябре 1947 года на базе Астраханского клинического лепрозория был создан Всесоюзный научно-исследовательский институт по изучению лепры.

Регион Нижнего Поволжья был выбран не случайно. Ведь так сложилось исторически, что дельта Волги была крупнейшим в России очагом лепры, на долю которого в разные эпохи приходилось от 30 до 70 % всех зарегистрированных на территории России больных лепрой. Именно по этой причине для создания единственного в стране Научно-исследовательского института по изучению лепры был выбран город Астрахань, а также потому, что именно в Астраханской области были подготовленные кадры врачей дерматологов (лепрологов), среди которых были сотрудники Астраханского клинического лепрозория и Астраханского медицинского института.

Инфекция головы не опускает

В 2020 году уровень заболевания проказой в России вырос в шесть раз. Если в 2019 году в стране был выявлен лишь один новый случай лепры, то в 2020 году болезнь Хансена была диагностирована сразу у шести человек.



Сейчас по России зарегистрировано 202 больных лепрой, из них 122 – в Астраханской области, 34 – в Ставрополье, 29 – в Краснодарском крае, 5 – в Ростовской области. По всем остальным областям – 12 человек.

Затерянный мир

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Научно-исследовательский институт по изучению лепры» Министерства здравоохранения Российской Федерации расположено почти в центре города. От городской суеты и улиц с новостройками его отделяет небольшой металлический забор. О том, что находится за забором, знает, в основном, только старшее поколение жителей города Астрахани.

А между тем там внутри одноэтажные, двухэтажные старые деревянные здания, построенные еще до революции, утопают в зелени и цветах.

Фруктовый сад – яблони, груши, абрикосы, виноград. Здесь тихо, уютно и похоже на пансионат.

Медицинские сестры – рыцари без страха и упрека

Задайтесь вопросом – а вы смогли бы работать с больными, изувеченными проказой?

Да, на сегодняшний день нет больных с запущенной формой заболевания, у которых внешность похожа на так называемую «львиную морду», – без рес-





ниц, бровей, с опухшими мочками ушей. Но все-таки это болезнь, и не простая, а особо опасная инфекция, с воздушно-капельным путем передачи.

А вот медицинских сестер, работающих в лепрозории, более страшат такие заболевания, как туберкулез, ВИЧ, сывороточный гепатит, а не люди со столь страшным диагнозом, как лепра.

Как и во многих медицинских организациях нашей страны, в лепрозории прошла оптимизация медицинского персонала, затронуло это и медсестринский штат.

В медицинском учреждении, где находятся на лечении больные лепрой, осталось всего пять палатных медицинских сестер и одна медицинская сестра по физиотерапии.

Да, шесть сестричек, которые не побоялись, пришли и по сей день работают в «непростом» закрытом учреждении здравоохранения.

А что же там, за закрытыми дверями

Думаю, всем будет интересно приоткрыть занавес и узнать, как работает специализированное лечебно-профилактическое учреждение, занимающееся активным выявлением, изоляцией и лечением больных лепрой.

А поможет нам в этом старшая медицинская сестра ФГБУ «Научно-исследовательский институт по изучению лепры» Лозовицкая Нина Анатольевна:

– У многих складывается предвзятое отношение к нашему лечебному учреждению, – говорит Нина Анатольевна. – Многие думают, что это тюрьма для больных лепрой, другие считают, что мы проводим какие-то опыты над пациентами.

Хочу сразу сказать, что в лепрозории распорядок дня медицинских специалистов и пациентов такой же, как и в любом другом стационаре. Рабочий день начинается с утренней планерки. Ме-

дицинские сестры докладывают, как прошла ночь и какое самочувствие у пациентов. В это время пациенты завтракают, затем лечащий врач делает обход. После обхода больных врачи приступают к работе с документацией, а медицинские сестры выполняют назначения: капельницы, инъекции, физиопроцедуры. Делают перевязки пациентам с трофическими язвами и ожогами. Затем обед, тихий час, а вечером вновь все медицинские манипуляции.

Основная роль в лечении больных лепрой отводится медицинским сестрам, – именно они обеспечивают круглосуточный уход, выполняя назначения врача. Именно они, медицинские сестры, максимально вовлечены в процесс повседневного контакта с больными лепрой, и от качества их работы во многом зависит успех лечения.

Медицинские сестры, работающие в нашем медицинском учреждении, имеют большой стаж и опыт работы с больными лепрой. Пришли они давно и ни разу не пожалели о том, что работают здесь со столь непростыми пациентами.

В настоящее время основной контингент больных лепрой представлен лицами пожилого и старческого возраста.

Уход за такими больными более сложен и требует от медицинских сестер большего внимания и времени, чем обычный медицинский уход. Поэтому при ведении возрастных пациентов медицинские сестры решают не только медицинские, но и психологические, деонтологические, социальные и другие задачи.

Уход за пациентами нашего лечебного учреждения усугубляется некоторыми трудностями.

Нередко, из-за наличия инвалидизирующих осложнений со стороны поврежденных болезнью конечностей, человеку бывает трудно позаботиться о себе самостоятельно.

В таких случаях забота о пациентах в большей степени ложится на медицинских сестер, которые отлично знают, как организовать уход, на какие моменты обратить внимание при оценке потребностей пациентов.

Из-за болезни, а также из-за возрастных нейропсихологических изменений у пациентов наблюдается повышенная уязвимость, они тяжело переживают свою беспомощность. И в этой ситуации помогают наши сестрички. Всех пациентов, находящихся на лечении (а лечатся они здесь годами), они знают как своих близких людей.

Знают, у кого какой характер, у кого какие привычки, знают проблемы пациента, связанные с дефицитом знаний, умений, факторы индивидуального риска. И к каждому пациенту применяют индивидуальный подход с учетом особенностей его характера.

У каждого больного свой товарищ (медсестра), которому он безоговорочно доверяет свои секреты и душевные волнения. Именно с медицинскими сестрами больные лепрой не стыдятся своего состояния и могут быть самими собой.

Ангелы – хранители

У каждого из нас есть свой Ангел-хранитель. А у людей, которые годами находятся на лечении в закрытом медицинском учреждении, тоже есть свои ангелы – хранители.

«Наши ангелы», так ласково называют пациенты медицинских сестер за их добросердечие.

Их сила, знания, ответственность, милосердие спасают жизни людей от столь мучительного заболевания, вселяя веру в завтрашний день.

Людям, чья внешность внушает мистический страх, от которых из-за болезни порой отворачиваются даже самые близкие, присутствие «ангелов» в белых халатах внушает надежду на то, что они не одиноки в этом мире.

СИСТЕМА КАНВАН

УПРАВЛЕНИЕ
ЛЕКАРСТВЕННЫМИ
ПРЕПАРАТАМИ



■ **Людмила Петровна МОРЕВА**
главная медицинская сестра
ГБУЗ ТО «Областной клинический
фтизиопульмонологический центр»

Создание оптимальной системы управления материальными запасами для стабильного непрерывного лечебного процесса и своевременного удовлетворения потребностей ЛПУ по всей цепи поставок в настоящее время является одной из актуальных тем в логистике лечебных учреждений.

Основные управленческие решения в отношении материальных запасов касаются определения сроков и количества заявок, влияют на стоимость закупаемых товаров, величину затрат, связанных с оформлением заказов, величину расходов, на хранение запасов и размер ущерба от их отсутствия. Наибольший объем материальных запасов лечебных учреждений отводится лекарственным препаратам и медицинским изделиям (расходным материалам).

В Государственном бюджетном учреждении здравоохранения Тюменской области «Областной клинический фтизиопульмонологический центр» активно ведется работа по внедрению бережливого управления в рамках реализации проекта «Эффективный регион». Это совместный проект Правительства Тюменской области и Государ-



ственной корпорации «Росатом». Целью такого масштабного проекта является повышение эффективности органов управления, продвижение бережливых технологий в различных сферах.

Для реализации улучшений в управлении материальными запасами в центре внедрена система управления лекарственными препаратами при помощи системы Kanban. Система карточек Kanban позволила выстроить процесс так, чтобы необходимое количество лекарственных препаратов всегда было в наличии, но при этом не копились неоправданные запасы. Эта система позволила рационально и эффективно планировать потребности в приобретении лекарственных препаратов в текущем времени и при составлении годовых заявок за счет прозрачного электронного документооборота.

В рамках проекта были разработаны: карточка проекта, карты текущего и целевого состояния, Дорожная карта с планом мероприятий по реализации проекта.

При составлении карты текущего состояния были выявлены следующие проблемы:

- Неэффективное планирование потребности в приобретении лекарственных препаратов с большим количеством незапланированных заявок в течение года, не учтенных при формировании годовой заявки.
- Потери времени старшей медицинской сестры структурных подразделений на оформление заявок и требований в аптеку на бу-

мажном носителе в количестве 7–9 экземпляров; на сбор подписей у каждого материально ответственного лица по всей цепи подчиненности; на организацию доставки заказанных лекарственных препаратов на склад в структурное подразделение.

- Запас лекарственных препаратов у старшей медицинской сестры в среднем был рассчитан на 10-дневный срок. Анализ запасов показал, что по одним позициям наблюдался избыток препаратов, а некоторые позиции уже отсутствовали.

Первым шагом в реализации проекта стало перераспределение запаса лекарственных препаратов от старшей медицинской сестры структурного подразделения на пост медицинской сестры.

Запас на посту медицинской сестры рассчитан на трехдневный срок, доставка в отделения осуществляется в ежедневном режиме по будням. У старшей медицинской сестры запас лекарственных препаратов отсутствует.

В шкафах на посту медицинской сестры, где находятся лекарственные препараты, все полки/места пронумерованы, у каждого препарата свой адрес: номер шкафа, номер полки, номер секции (шкаф/полка/секция).

Палатная медицинская сестра при раздаче пациентам берет упаковку с лекарственным препаратом с закрепленной за этой упаковкой карточкой Kanban и помещает карточку в раздел «заказ».



На карточке указана информация о наименовании лекарственного препарата, форма выпуска, необходимое для заказа количество и его адрес в шкафу (шкаф/полка/секция) со штрихкодом, присвоенному лекарственному препарату.

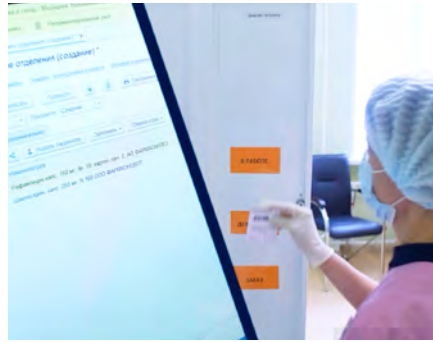
Старшая медицинская сестра ежедневно забирает карточки Kanban из раздела «заказ» на посту медицинской сестры и осуществляет по ним заказ в аптеку для стабильного пополнения запаса лекарственных препаратов.

Требование на получение лекарственных препаратов на пост медицинской сестры палатной старшая медицинская сестра формирует автоматически по наименованиям в программе 1С, сканируя штрихкоды с карточек Kanban. Сформированное требование подписывается электронной цифровой подписью старшей медицинской сестры как материально ответственного лица, а затем в установленные регламентом сроки (до 10:00), руководителем структурного подразделения.

Применен электронный документооборот – бумажный вариант требований на получение лекарственных препаратов в лечебном учреждении больше не используется.

После формирования электронного требования в программе 1С старшая медицинская перемещает карточки Kanban в раздел «в работе» на посту медицинской сестры, тем самым оповещая документально медицинскую сестру, что лекарственные препараты затребованы в аптеке, согласно заказанным карточкам Kanban.

Сотрудник аптеки – фармацевт лечебного учреждения – собирает зака-



занные лекарственные препараты по требованию, сформированному старшей медицинской сестрой в программе 1С после подписания всеми ответственными лицами.

Далее в сроки, установленные регламентом (до 14:00), фармацевт доставляет затребованные лекарственные препараты в структурное подразделение.

Следующим этапом процесса является раскладка фармацевтом лекарственных препаратов на посту медицинской сестры вместе с карточками Kanban по указанным адресам хранения: по номеру шкафа, номеру полки, номеру секции.

Перераспределение обязанностей на данном этапе позволило освободить время у старшей медицинской сестры, затрачиваемое ранее на организацию получения и доставки лекарственных препаратов из аптеки на склад в структурное подразделение.

При раскладывании лекарственных препаратов на посту медицинской сестры по указанным в карточках Kanban адресам фармацевт параллельно проверяет сроки и условия хранения лекарственных препаратов в структурных подразделениях лечебного учреждения.

При доставке лекарственных препаратов сотрудник аптеки так же оставляет в разделе накладная бумажный вариант документа, по которому осуществлялась сборка лекарственных препаратов в аптеке, чтобы старшая и палатная медицинские сестры документально были осведомлены о доставке затребованных лекарственных препаратов в структурное подразделение.



Для вновь заказанных по требованию лекарственных препаратов, которых ранее не было в наличии, имеется информационный лист, в котором старшая медицинская сестра указывает присвоенный ею адрес для нового лекарственного препарата. Так сотруднику аптеки становится понятно, куда его положить, и медицинская сестра на посту сможет увидеть его местонахождение.

Таким образом, при внедрении системы управления лекарственными препаратами на основе карточек Kanban удалось:

- сократить запасы лекарственных препаратов в структурных подразделениях с 10 до трехдневного срока;
- освободить площади, ранее занимаемые складами, для размещения палат для пациентов или иных нужд отделения;
- освободить время у старшей медицинской сестры структурного подразделения на оформление требований и получение лекарственных препаратов из аптеки;
- перейти на электронный документооборот;
- оборот лекарственных препаратов в лечебном учреждении стал прозрачным, видны запасы препаратов и реальная потребность в них отделения.

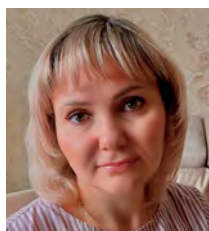
Анализ финансовых итогов внедрения проекта показал сокращение расходной части бюджета более чем на 23 %! Проект позволил достичь баланса между приобретением и потреблением лекарственных средств в структурных подразделениях лечебного учреждения.

Данный проект можно рекомендовать для управления материальными запасами в целом (медицинские изделия, расходные материалы, канцелярские товары и т.д.).

Внедрение системы Kanban позволило сократить расходы на лекарственные препараты в размере более чем на 23 % по сравнению с периодами до внедрения проекта.

УГЛУБЛЕННАЯ ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ

ОПЫТ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ РАБОТЫ ПО ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ НАСЕЛЕНИЯ НА ПРИМЕРЕ ВОРОНЕЖСКОЙ ГОРОДСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ № 3



Олеся Александровна СТУРОВА
Старшая медицинская сестра Корпуса
№ 2 БУЗ ВО «Воронежская городская
поликлиника № 3»

Воронежская городская поликлиника № 3 («ВГП № 3») – крупнейшее учреждение первичного звена. В его структуре 4 корпуса по оказанию амбулаторной медицинской помощи взрослому населению, 2 корпуса по оказанию амбулаторной помощи детскому населению, женская консультация. Численность прикрепленного населения составляет 127 932 чел., из них: взрослого – 102 325 человек, детского – 25 607 человек. Мощность поликлиники составляет 1349 посещений в смену – по этому показателю учреждение относится ко второй категории медицинских учреждений.

В свете событий 2020–2022 года в условиях пандемии плановые мероприятия в периоды пика заболеваемости были ограничены, что негативно отразилось на профилактической работе. Тема прохождения диспансеризации сегодня приобрела особую актуальность – последствия карантинных мероприятий и осложнения в результате перенесенной коронавирусной инфекции выявили большие риски развития хронических неинфекционных заболеваний. Доминирующими среди них оказались сердечно-сосудистые заболевания.

С 1 июля 2021 года начата углубленная диспансеризация лиц, переболевших COVID-19.

В нашей работе по данному разделу очень важны два нормативных документа:

– приказ № 698н от 01.07.2021 «Об утверждении порядка направле-

ния граждан на прохождение углубленной диспансеризации, включая категории граждан, проходящих углубленную диспансеризацию в первоочередном порядке»;

– приказ ДЗ ВО № 1398 от 08.07.2021 «Об организации прохождения углубленной диспансеризации на территории Воронежской области» – на основании приказа Минздрава России издан приказ по Воронежской области, которым установлены: порядок организации углубленной диспансеризации на территории Воронежской области, типовые схемы маршрутизации пациентов при прохождении углубленной диспансеризации (УД), формы направлений на УД.

Основными целями УД являются:

1. Раннее выявление осложнений и диагностика заболеваний у пациентов, перенесших новую коронавирусную инфекцию;
2. Сохранение работоспособности пациента и социальная интеграция пациента в обществе;
3. Улучшение качества жизни;
4. Снижение или предупреждение возможной инвалидности;
5. Поддержание функций организма в результате остро развившегося патологического процесса или обострения хронического заболевания;
6. Частичное или полное восстановление нарушенных функций или их компенсация.

В проведении углубленной диспансеризации в БУЗ ВО «ВГП № 3» большую роль играет средний медицинский персонал.

Углубленная диспансеризация проводится в дополнение к диспансеризации или профилактическому осмотру. В приоритете граждане, перенесшие COVID-19, имеющие одно или несколько хронических неинфекционных заболеваний.

Основными участниками при организации УД являются: граждане, переболевшие COVID-19 (через 60 дней после выздоровления); медицинские организации, оказывающие ПМСП; страховые медицинские организации.

Силами участковых медицинских сестер и медицинских сестер отделения медицинской профилактики осуществляется:

1. Обработка списков лиц, подлежащих диспансеризации (списки предоставлены ФОМС);
2. Подготовка маршрутных листов для удобства пациентов;
3. Оформление документов;
4. Подготовка пациентов к первому этапу диспансеризации;
5. Участие в проведении опроса и оценка полученных результатов;
6. Проведение антропометрии;
7. Измерение пульса, артериального давления;
8. Измерение внутриглазного давления;
9. Проведение электрокардиографии и определение уровня глюкозы и холестерина экспресс-методом;
10. Проведение теста 6-минутной ходьбы при углубленной диспансеризации;
11. Исследование ФВД при углубленной диспансеризации;
12. Регистрация и оформление результатов.

О возможности пройти углубленную диспансеризацию пациентам сообщают медицинские сестры, сотрудники регистратуры и колл-центра.

Приглашение на диспансеризацию осуществляется путем:

- телефонных звонков (разработаны скрипты телефонных разговоров);
- оповещений при обращении в поликлинику;
- расклейки объявлений на подъездах домов;

Наш девиз
«Не хотите
приходить
в поликлинику –
МЫ ЕДЕМ К ВАМ!»



– информирование на врачебном приеме;

– социальных сетей (в каждом подразделении БУЗ ВО «ВГП № 3» работает группа «Вконтакте»), где для пациентов регулярно публикуется информация о необходимости профилактических мероприятий.

При организации углубленной диспансеризации выявляются некоторые слабые места:

1. Не все поликлиники выполняют полный спектр исследований;

2. Углубленная диспансеризация включает ограниченный перечень исследований, а осложнения COVID-19 значительно шире;

3. При выявлении патологии в ходе диспансеризации требуются дальнейшие консультации специалистов, дообследование (в т.ч. сложными методиками);

4. «Сложным» пациентам необходимы консилиумы специалистов. Врачи территориальных поликлиник не имеют достаточного опыта работы с такими пациентами.

5. Углубленная диспансеризация проводится только лицам, включенным в Федеральный регистр и списки ТФОМС. Большое число пациентов не попали в эти списки.

6. Основное внимание и силы поликлиник приоритетно были направлены на «красные зоны» и вакцинацию, поэтому ресурсов на диспансеризацию не хватало.

В связи с этим возникла необходимость создания отдельной специализированной структуры для лиц после COVID-19.



По приказу Департамента здравоохранения на базе **Воронежского областного клинического консультативно-диагностического центра** был открыт Центр диагностики постковидных осложнений. Таким образом, в Воронежской области сложилась некая региональная модель углубленной диспансеризации. Помимо обследований в поликлинике добавилась возможность направления пациентов в Центр постковидных осложнений, где они могут получить более широкий спектр обследований. Центр диагностики постковидных осложнений взял на себя следующие функции: организация УД, контроль качества УД в поликлиниках, сбор и анализ статистических данных, оказание методической помощи поликлиникам.

Планирование процессов диспансеризации осуществляется с учетом:

– Использования оптимальной маршрутизации с учетом архитектуры здания, маршрутных листов;

– Использования наглядной навигационной системы;

– Измерения фактической длительности отдельных методов УД (хронометраж);

– Компоновки последовательности выполнения методов внутри подразделений МО в целях выравнивания потока пациентов и оценки возможностей проведения определенного набора исследований за один день;

– Расчета общего количества пациентов, которые могут пройти полный



процесс диспансеризации или набор определенных исследований в рамках УД за один день;

– Планирования графиков прохождения диспансеризации с учетом всех факторов, включая кадровую обеспеченность МО ресурсами (объемы занятости персонала на COVID-19, отпуска, болезни и др.).

После того как наша поликлиника приступила к проведению **углубленной диспансеризации**, было реорганизовано **отделение медицинской профилактики** (отделение перенесли в отдельное крыло здания, отделение занимает два этажа, заменена навигация).

В итоге удалось достичь заметных результатов:

- Увеличилась пропускная способность (до реорганизации за один день проходили 30–35 человек, после реорганизации – 60 человек и более);

- Более равномерно были распределены потоки пациентов по дням недели (включая субботные дни), организована предварительная запись, которая доступна как для врачей, так и для пациентов через Единый портал государственных услуг;

- Улучшилось качество проводимых мероприятий (в пределах одного отделения пациент может пройти все обследования, предусмотренные диспансеризацией и углубленной диспансеризацией). По данным анкетирования в рамках внутреннего контроля качества, а также

по отзывам возросла удовлетворенность пациентов.

Несмотря на различные способы приглашения пациентов, некоторые не имеют возможности по различным причинам (медицинским и социальным) прийти в поликлинику. С целью большего охвата населения профилактическими мероприятиями сотрудники БУЗ ВО «ВГП № 3» проводят выездные профилактические мероприятия (от 8 до 10 выездов в неделю), путем выезда мобильной бригады «врач – медицинская сестра» в дворовые территории на медицинском автомобиле. Данные мероприятия рассчитаны на весенне-осенний период.

За один такой выезд врач с медицинской сестрой охватывают профилактическим приемом от 20 до 30 человек.

В подготовке к выездным мероприятиям и их проведении ключевую роль играет медицинская сестра. В ее задачи входит:

- Выбрать подходящую территорию, на которой планируется провести мероприятие;
- Подготовить списки пациентов (акцент делаем на маломобильные группы населения, которым проблематично дойти до поликлиники);
- Оповестить население о предстоящем мероприятии (расклейка объявлений, публикации в соцсетях, информирование по телефону);
- При проведении выездных профилактических мероприятий медицинская сестра выполняет: анкетирование, антропометрию, измерение АД, пульса, анализ крови экспресс-анализатором;
- По возвращению на рабочее место медицинская сестра оформляет документацию.

Данные мероприятия населением приветствуются. Приглашенные пациенты с удовольствием приходят во двор, чтобы пройти диспансеризацию, получить консультацию врача, а по необходимости и направление на прохождения углубленной диспансеризации.

За 7 месяцев 2022 года выполнено 227 выездов в дворовые территории – 5272 исследования (глюкоза, холестерин), 1306 человек взрослого населения прошли диспансеризацию и 367 получили направления и прошли углубленную диспансеризацию.

Для того чтобы работа проводилась качественно, в БУЗ ВО «ВГП № 3»



применяются следующие методы оценки и контроля качества:

- 1) Создана комиссия по ВКК;
- 2) Разработаны СОП по проведению ДОГВН, УД;
- 3) Проводятся аудиты не реже одного раза в квартал, согласно разработанным чек-листам (по состоянию на сентябрь 2022 года положительных ответов 88 %);

Чек-лист углубленной диспансеризации оценивает наличие:

- наглядной маршрутизации пациента;
- доступности предварительной записи;
- информационных материалов для пациентов по вопросам диспансеризации;
- алгоритмов вовлечения пациентов;
- списков пациентов, подлежащих диспансеризации в текущем календарном году;
- наличие и исполнение алгоритмов по порядку проведения диспансеризации;
- проведение краткого профилактического консультирования.

- 4) Предоставление отчетов;
- 5) Составление плана мероприятий по выявленным нарушениям;
- 6) Устранение выявленных нарушений в результате аудита ВКК в установленные сроки.

Кроме того, после каждого выезда сотрудники предоставляют в рабочие группы поликлиники фотоотчеты.

Для дальнейшего совершенствования профилактической работы мы ставим перед собой следующие задачи:

1. Повышение мотивации медицинского персонала поликлиники



к активизации профилактической работы с населением – в критерии оценки деятельности медицинских работников внесен пункт дополнительной оплаты сотруднику, направившему пациента на профилактические мероприятия;

2. Повышение мотивации населения к прохождению профилактических мероприятий путем проведения дней здоровья с демонстрацией видеоматериалов, раздачей печатной продукции, выездами в организации;

3. Оптимизация информационных потоков и документооборота – созданы рабочие группы в мессенджерах Telegram, WhatsApp. Разработаны модули в региональной МИС КВАЗАР;

4. Введение дополнительных штатных единиц;

5. Обновление медицинского оборудования: в январе 2022 года БУЗ ВО «ВГП № 3» с рабочим визитом посетил Министр здравоохранения РФ М.А. Мурашко. Высоко оценив организацию и проведение углубленной диспансеризации, Михаил Альбертович внес предложения для дальнейшего развития поликлиники.

В заключение хотелось бы отметить, что медицинская сестра традиционно играет значительную роль в системе общественного здравоохранения. В большинстве случаев именно сестринский персонал находится в самом близком контакте с пациентом. Мы рядом в случае ухудшения состояния здоровья, оказания первой доврачебной помощи, потребности пациента или его родственников в психологической поддержке.

Медицинская сестра – творчески мыслящий, активный член лечебной бригады, ее задача – формировать у пациента чувство ответственности за свое здоровье перед собой и своими близкими!

Аэрозольная дезинфекция воздуха и поверхностей ультрамалыми дозами 6%-й перекиси водорода с помощью аппарата автоматического для аэрозольной дезинфекции АЭРО-ДЕЗ-«КРОНТ»

Обеспечение качества медицинской помощи, создание безопасной больничной среды и профилактика социально значимых инфекций, включая туберкулез и COVID-19, в наши дни стали стратегическими задачами здравоохранения.

АО «КРОНТ-М» (Россия) предлагает Вашему вниманию производимое нами медицинское изделие – «Аппарат автоматический для аэрозольной дезинфекции АЭРО-ДЕЗ-«КРОНТ», РУ № РЗН 2020/9655, который предназначен для проведения автоматизированного процесса дезинфекции аэрозольным методом воздуха и поверхностей в помещениях медицинских организаций в отсутствие людей.

Аппарат уничтожает бактерии, в том числе туберкулеза, вирусы, коронавирусы, грибы, плесень. При еженедельном использовании прибора в качестве заключительного этапа генеральной уборки смывы с поверхностей и общее микробное число стремятся к нулю.

Преимуществами аэрозольного метода дезинфекции являются:

- Высокая скорость распыления – 60 мл/мин с эффективностью 99,99% при обработке помещений больших объемов до 300 м³, в том числе труднодоступных и удаленных мест.

- Размер аэрозольных частиц – 10–30 мкм позволяет проводить одновременное обеззараживание воздуха и поверхностей в помещениях медицинских организаций, согласно «Методическим рекомендациям по аэрозольной дезинфекции в медицинских организациях МР 3.5.1.0103–15».

ВАЖНО! Легкие микрочастицы аэрозоля (размером до 15 мкм), хаотично перемещаясь, долго висят в воздухе, взаимодействуют с микроорганизмами и распадаются на безопасные составляющие: кислород и воду, не достигнув поверхности предметов; тяжелые микрочастицы (15–30 мкм), покинув сопло форсунки, изначально стремятся вниз и обеззараживают поверхности без эффекта смачивания.

- Дезсредство – 6%-я перекись водорода, 4 класс опасности при приеме внутрь и 2 класс при вдыхании аэрозоля. Цена одного литра готового раствора производства ООО «НПП Рост» г. УФА – 65 рублей, что значительно ниже стоимости других дезсредств российских и тем более зарубежных производителей.

ВАЖНО! Наши исследования по эффективности обеззараживания аэрозольным методом 6%-й перекисью водорода с добавлением ионов серебра и без не выявили существенных различий.

- Гарантия защиты персонала (обработка проводится строго в отсутствие людей).

- Экологичность за счет повышения эффективности дезинфекции аэрозольным методом и низких норм расхода дезсредства (расход 6%-й перекиси водорода – 3 мл/1 м³), снижается нагрузка на окружающую среду. К примеру, для операционной объемом 100 м³ необходимо 300 мл H₂O₂.

- Минимизация урона для объектов обработки (ультрамалые дозы аэрозоля не портят изделия из стекла,

пластмасс, резины, керамики, коррозионностойкого металла хирургического и анестезиологического оборудования).

- Безопасность: не прореагировавшие гидроксид ионы распадаются на составляющие воздуха – воду и кислород ($2H_2O_2 = 2H_2O + O_2$), агрессивное воздействие на человека отсутствует.

- Для создания равномерных концентраций дезсредства в единице объема одновременно с компрессором включается вентилятор активного перемешивания воздуха. Концентрация дезсредства в разных уголках обрабатываемого помещения уже через 3 минуты после окончания процесса распыления становится одинаковой.

- Для защиты форсунки и компрессора установлен мини-фильтр, подлежащий замене один раз в год.

- Аппарат АЭРО-ДЕЗ-«КРОНТ» запатентован на территории Российской Федерации.

Эффективность применения аппарата автоматического для аэрозольной дезинфекции АЭРО-ДЕЗ-«КРОНТ» подтверждена в ходе

проведения испытаний в федеральных медико-биологических учреждениях г. Москвы: ФБУН НИИ дезинфектологии Роспотребнадзора и клинических испытаний в МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского. Противопоказаний к применению не выявлено.

По результатам проведенных в ФБУН НИИ дезинфектологии Роспотребнадзора исследований была разработана Инструкция по применению аппарата автоматического для аэрозольной дезинфекции АЭРО-ДЕЗ-«КРОНТ» производства АО «КРОНТ-М» с использованием дезинфицирующего средства «Перекись водорода медицинская 6%-я» от 04.07.2019. В инструкции приводятся режимы проведения профилактической и заключительной дезинфекции; требования техники безопасности при работе с аппаратом.



АО «КРОНТ-М».

141402, Московская область, г. Химки, ул. Спартаковская, дом 9
Телефон: +7 (495) 500-48-84. Сайт: <https://kront.com>. Электронная почта: info@kront.com

РАННЕЕ ВЫЯВЛЕНИЕ НАРКОЛОГИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ



Марина Леонидовна ЗЕМЛЕДУХ
Старшая медицинская сестра
Наркологического диспансера, г. Омск,
ключевой член Омской
профессиональной сестринской
ассоциации

Качественная и своевременная диагностика зависимостей – важный шаг на пути выявления пагубной зависимости и ее преодоления. Роль медицинской сестры в проведении диагностики наркологических расстройств на ранних этапах их формирования огромна.

С целью раннего выявления наркологических расстройств проводится двухэтапная диагностика, которая включает в себя:

- социально-психологическое тестирование обучающихся общеобразовательных организаций для выявления групп риска потребления наркотических средств и психотропных веществ;
- химико-токсикологическое исследование на употребление наркотических средств, психотропных веществ и их метаболитов.

Подростки, достигшие 15-летнего возраста, проходят тестирование на наркотические средства и психоактивные вещества с письменного согласия законного представителя.

За 2021 год профилактические медицинские осмотры с экспресс-тестированием на наркотики прошло 1042 обучающихся образовательных организаций Омской области и города Омска, 2020 год – 800 человек, 2019 год – 2700 человек. По результатам проведенных химико-токсикологических исследований в 2021 году выявлено 2 положи-

тельных результата на группу седативных и снотворных психоактивных веществ, 2020 году – 2 положительных результата, 2019 году – 4 положительных результата (рис. 1).

В исследовании биологических сред на наличие наркотических средств и психотропных препаратов к сегодняшнему дню достигнут серьезный прогресс. До 2014 года экспресс-исследования проводились исключительно тест-системами на 5 видов психоактивных веществ. Применяемые ранее тест-системы характеризовались высоким процентом погрешности и не позволяли выявлять новые синтетические наркотические средства. Современные технические средства, работающие на основе иммуноферментного анализа, позволяют мгновенно выявить 13 видов психоактивных веществ, их количество и продукты распада алкоголя – этилглюкоронид (ЭТГ) в моче.

Медицинское освидетельствование на состояние опьянения является одним из важных направлений в диагностике и раннем выявлении наркологических расстройств. Оно проводится в случаях, когда закон предусматривает административную и уголовную ответственность за употребление психоактивных веществ.

Медицинскому освидетельствованию на состояние опьянения подлежат: – лица, управляющие транспортным средством, совершившие административное правонарушение, военнослужащие или граждане, призванные

на военные сборы. Основанием для проведения диагностики в таких случаях является протокол о направлении на медицинское освидетельствование, составленный сотрудником полиции (ГИБДД, ППС, ОВО и др.);

- работники, появившиеся на работе с признаками опьянения по направлению работодателя;
- самостоятельно обратившиеся граждане по личному заявлению.

Порядок медицинского освидетельствования на состояние опьянения строго соответствует приказу МЗ РФ № 933н от 18.12.2015 «О порядке проведения медицинского освидетельствования на состояние опьянения (алкогольного, наркотического или иного токсического)».

Во всех случаях медицинское освидетельствование начинается с исследования выдыхаемого воздуха на количественное содержание этанола, проводится сестринским персоналом. Для этой процедуры используются анализаторы концентрации паров этанола, измеряющие концентрацию алкоголя в миллиграммах на литр и позволяющие фиксировать результат на бумажном носителе (рис. 2). Положительным результатом исследования выдыхаемого воздуха считается наличие абсолютного этилового спирта в концентрации, превышающей возможную суммарную погрешность измерений, а именно 0,16 миллиграмма на один литр выдыхаемого воздуха. При положительном результате первого исследования выдыхаемо-



Рис. 1. Результаты экспресс-тестирования обучающихся



Рис. 2



Рис. 3



Рис. 4

го воздуха через 15–20 минут проводится повторное исследование.

При проведении медицинского освидетельствования на состояние наркотического или токсического опьянения проводится химико-токсикологическое исследование биологических объектов (кровь, моча) на наркотические средства, психотропные препараты и их метаболиты. У водителей транспортных средств медицинская сестра осуществляет отбор биологического материала во всех случаях освидетельствования независимо от результата исследования выдыхаемого воздуха на этанол. Порядок отбора биологического материала предполагает выполнение условий, исключающих возможность его замены или фальсификации. Биологический материал (моча) собирается освидетельствуемым в пластмассовый градуированный контейнер с широким горлом, объемом до 200 мл в количестве до 100 мл, но не менее 30 мл. В целях исключения фальсификации биологического материала медицинская сестра в течение первых пяти минут после его отбора проводит измерение:

- температуры бесконтактным инфракрасным термометром (в норме температура 32,5–37,7 °C);
- относительной плотности индикаторной тест-полоской: (в норме относительная плотность в пределах 1,008–1,025);
- величины pH (в норме pH биологической среды в интервале 4–8 ед. pH);

- содержания креатинина (в норме креатинин 4,4–17,7 ммоль/сут) (рис. 3).

Первый этап химико-токсикологических исследований на анализаторах «Рефлеком» и «Сармат СВ» проводит медицинская сестра. Это анализаторы нового поколения – простые в применении, высокоточные, позволяют выявлять актуальные виды психоактивных веществ, в том числе «Спайсы» и «Соли». Результаты исследования выводятся на дисплей компьютера и фиксируются с помощью печатного устройства на бумажном носителе (рис. 4).

При выявлении психоактивных веществ медицинская сестра печатывает биологические среды и направляет их в химико-токсикологическую лабораторию наркологического диспансера, где проводится второй (подтверждающий) этап химико-токсикологического исследования. Его результат – основание для заключения о наличии или отсутствии наркотического или токсического опьянения.

Исследование второго этапа проводится методами газовой и (или) жидкостной хроматографии с масс-спектрометрическим детектированием с помощью технических средств, обеспечивающих регистрацию и обработку результатов исследования путем сравнения полученного результата с данными электронных библиотек масс-спектров.

После исследования биологические объекты хранятся в химико-токсиколо-

гической лаборатории при температуре –18 °C в течение 3 месяцев и могут быть представлены для повторного исследования по определению суда, прокуратуры, органов следствия и дознания, а также по заявлению освидетельствуемого или его законного представителя. Результаты исследования автоматически фиксируются на электронных носителях газохроматографа и хранятся в медицинской организации 5 лет.

С целью ранней диагностики наркологических расстройств и предотвращения дорожно-транспортных происшествий медицинской сестрой проводятся предрейсовые (предсменные) и послерейсовые (послесменные) медицинские осмотры. Медицинская сестра готовит к осмотру, опрашивает и осматривает водителя транспортного средства, в обязательном порядке измеряет артериальное давление, частоту пульса, температуру тела, проводит исследование выдыхаемого воздуха на количественное содержание этанола, заполняет путевой лист, регистрирует результаты осмотра в медицинской документации.

Диагностика наркологических расстройств у кандидатов в водители транспортных средств и выявление медицинских показаний или медицинских ограничений к управлению транспортными средствами проводится:

- 1) Фельдшером-лаборантом химико-токсикологической лаборатории – исследуется биологическая среда (моча) на наркотические средства,

психоактивные препараты и их метаболиты.

2) Фельдшером-лаборантом клинико-диагностической лаборатории – исследуется кровь на определение карбогидрат-дефицитного трансферрина (CDT), то есть выявление хронического употребления алкоголя в целях диагностики психических расстройств и расстройств поведения.

Значение карбогидрат-дефицитного трансферрина < 1,6% – считается отрицательным результатом. Значение > 1,6% считается положительным результатом, что свидетельствует о хроническом злоупотреблении алкоголем.

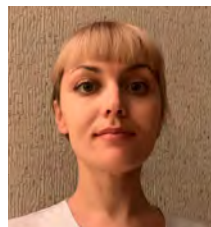
С 1 марта 2022 года количество лиц, прошедших исследования для возврата водительских удостоверений, составило в Омской области 1440 человек, из них выявлено положительных результатов карбогидрат-дефицитного трансферрина – 20, положительных химико-токсикологических результатов – 3.

Распространение наркологических расстройств среди населения является актуальной проблемой современности. Систематизация знаний и действий медицинских сестер приведет к повышению качества профилактических и диагностических мероприятий. В нашем диспансере разработаны и внедрены в практику пособия, методические ре-

комендации, стандартные операционные процедуры и другая научно-практическая литература для совершенствования деятельности медицинской сестры в ранней диагностике наркологических расстройств. Безошибочная диагностика наркологических расстройств вносит вклад в профилактику ДТП, снижение преступности, положительно влияет на демографическую ситуацию. Каждый специалист уникален и вклад каждого бесценен. Выполняя повседневную работу, мы можем участвовать в инновациях и вносить свой вклад в будущее сестринского дела. Мы за развитие профессии, если вы с нами – присоединяйтесь!

СКАЖИ НАРКОТИКАМ НЕТ

РАБОТА УЧАСТКОВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ С НАРКОТИЧЕСКИ ЗАВИСИМЫМИ ПОДРОСТКАМИ



■ **Татьяна Валериевна ЮРЧУК**
участковая медицинская сестра,
отделения ПДО ГБУЗ МО «ПБ № 8»,
г. Орехово-Зуево

**«Никогда ни от кого не отказывайся.
Чудеса случаются каждый день».**
Х. Джексон Браун-младший

Статистические данные по наркомании среди подростков в России свидетельствуют о том, что проблема стоит крайне остро, – в средних и старших классах школ хотя бы раз психотропные препараты пробовали 44% мальчиков и 25% девочек.

Химические вещества, которые содержатся в наркотических средствах, оказывают влияние на настроение или поведение человека, что является основным фактором их привлекатель-

ности среди молодежи. Безграничный доступ ко всем видам информации не всегда полезен для незрелого сознания несовершеннолетнего. Многие из уже зависимых подростков увлеченно рассказывают о том, какие наркотики бывают и как они воздействуют на организм, подогревая интерес к подобным веществам в своей аудитории, будь то знакомые или подписчики в социальных сетях. В кругу молодежи существует субкультура, пропагандирующая привлекательность наркотических средств, бороться с влиянием которой не так-то просто. Доступность – возможность легко и недорого получить искомое вещество – это второй фактор, способствующий широкому распространению и закреплению зависимости. Поэтому наряду с воспитательной работой системы образования, надзора со стороны родителей, требуется активное участие и контроль за здоровьем подростков со стороны медицинских организаций, в нашем случае, – психоневрологического диспансера.

Вдаваться в особенности пагубного воздействия наркотических веществ мы не будем, медикам они отлично из-

вестны, а вот говорить на страницах профессионального издания о том, как деятельность медицинского работника способствует выявлению случаев употребления психоактивных веществ (ПАВ), на наш взгляд, необходимо.

При психоневрологических диспансерах существуют выездные комиссии под названием «Добровольные профилактические медицинские осмотры учащихся», цель которых – выявление потребления наркотических и психотропных веществ¹. В выездных комиссиях работают участковые медицинские сестры отделений наркологии и психиатрии, которые осуществляют контроль за забором мочи для лабораторного исследования на ХТИ (химико-токсикологическое исследование). Анализ позволяет выявить наличие в организме ПАВ. Основная цель профилактических медицинских осмотров учащихся – как

¹ Приказ Министерства здравоохранения РФ от 06 октября 2014 г. № 581н «О порядке проведения профилактических медицинских осмотров обучающихся в общеобразовательных организациях, а также образовательных организациях высшего образования в целях раннего выявления незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ».

СКАЖИ НАРКОТИКАМ НЕТ

Большую поддержку борьбе с наркозависимостью среди разных возрастных групп населения оказывают масштабные акции. В каждом регионе специалисты профильных учреждений совместно с профессиональными сестринскими ассоциациями год от года совершенствуют мероприятия по пропаганде ЗОЖ и отказу от наркотиков, чтобы достучаться до всех и каждого.

23–26 июня под лозунгом «Ранняя профилактика употребления психоактивных веществ среди несовершеннолетних спасет жизнь» антинаркотическую акцию провела Тюменская ассоциация. В мероприятии участвовали 54 медицинские организации и более 800 сотрудников, работающих в детских учреждениях, фельдшеров ФАП, амбулаторий, медицинских сестер участковой службы общей лечебной сети. Охватить информационно-просветительской кампанией удалось более 2300 человек.



можно раньше выявить случаи употребления ПАВ среди детей, а значит, сделать важный шаг к своевременному оказанию квалифицированной специализированной помощи.

К сожалению, некоторые родители склонны считать, что такими действиями мы нарушаем права ребенка, травмируем его. Родители не думают, что семья может узнать о проблемах ребенка слишком поздно, что специалисту бывает трудно помочь справиться с такой зависимостью даже собственному ребенку, как бы сильно он этого не хотел.

На наш взгляд, подобные контрольные медицинские мероприятия воспитывают сознание подростка, дают ему понять, что он находится до своего совершеннолетия под контролем и родителей, и школы, и медицинских работников. Подросток должен чувствовать, что его здоровье под контролем взрослых.

Важно помнить, что любые действия медицинских работников являются организованными, подконтрольными и совершаются на основании Закона (Приказ МЗ РФ № 581н); основываются на соблюдении таких принципов, как добровольность, конфиденциальность, информированность. Возрастная группа – с 13 лет. Перед процедурой родители детей и подростки, достигшие 15-летнего возраста, оформляют письменное согласие на проведение медицинского обследования.

Работа медицинской сестры психоневрологического диспансера иг-

рает значительную роль в профилактике наркомании и алкоголизма среди несовершеннолетних лиц. Совместная работа врача подросткового участка и медицинской сестры предполагает взаимосвязь и преемственность в гигиеническом воспитании подростков. Существуют профилактические методы, этапы профилактических мероприятий, целью которых является предупреждение неблагоприятного воздействия ПАВ, раннее выявление зависимости, предупреждение прогрессирования заболевания и его осложнений.

Выявление группы риска – это первый этап работы участковой медицинской сестры. На этом этапе медицинская сестра участковая знакомится с семьей подростка, участвует в социально-бытовом обследовании жилья в сопровождении социального сотрудника. Сбор информации необходим для понимания тактики лечения пациента и эффективности лечебных мероприятий. Нередки случаи, когда сами родители нуждаются в профессиональной психологической и/или медицинской помощи. Вся полученная информация доводится до врача, а в дальнейшем – до сотрудников образовательного учреждения, где обучается несовершеннолетний. На этом этапе важно наладить взаимоотношения с родными пациента, провести с ними образовательную, профилактическую работу, рассказать о возможных сценариях развития заболевания, поведения ребенка, научить, как вести себя в тех или иных

ситуациях, когда необходимо подключать помощь, со стороны СМП или органов полиции.

Многие семьи не готовы принять, что их ребенок болен и нуждается в медицинской помощи. В таких случаях регулярные и терпеливые разъяснительные беседы будут способствовать усилению родительского внимания и своевременному оказанию медицинской помощи подростку.

На практике при общении с родственниками пациента медицинские сестры сталкиваются с двумя вариантами поведения близких подростков: активная помощь, либо формальное отношение к просьбам медицинских сотрудников.

Активная помощь подразумевает, что мать или отец несовершеннолетнего ребенка постоянно в контакте с участковой медицинской сестрой, рассказывают о его перемещениях, переменах в поведении, настроении. Совместно с ребёнком посещают диспансер, расспрашивают, каким образом строить с ним отношения, разговор. Проявляют свою заинтересованность в выздоровлении ребенка, контролируя прием медицинских препаратов, активно принимая участие в контроле маршрутов его передвижения (отслеживание контактов, сопровождение до образовательного учреждения, реабилитационных групп) и др.

Но есть и такие примеры, когда родители (родитель) отторгают своего ребенка, не пытаются разобраться в происходящем, понять причину за-

висимости, путь к ней, переключаясь полностью на подростка/общество вину за случившееся. Зачастую это родители, которые все свое время посвящают карьере, работают вдали от дома, имеют сменный/ночной график работы. В отсутствие контроля со стороны мамы и папы, когда дети предоставлены самим себе, происходит замена авторитета семьи, родительского воспитания улицей. Такие дети более привязчивы к чужим людям, доверчивы и не имеют навыков общения с посторонними, подвержены опасности влияния со стороны круга антисоциальных и криминальных личностей. Взрослые в таких ситуациях оправдывают отсутствие родительского воспитания (внимания) словами: «Я ведь для него (нее) стараюсь, чтобы у него (нее) все было...», забывая о том, что в таком раннем периоде родительское внимание и душевная забота гораздо важнее, чем материальный достаток. Это время, когда совет и поддержка близких первостепенны в формировании понятия «Моя семья – моя крепость». Подобный сценарий развития событий часто связан с фактором неполной семьи.

К сожалению, в практике таких примеров безответственности родителей много и заканчиваются они весьма трагично.

Подросток – девочка проживала с матерью, имеющей онкологическое заболевание. Отец после развода с матерью подростка проживал отдельно с другой семьей. В длительные периоды стационарного лечения матери девочка оставалась одна. Самое удивительное, что она весьма успешно справлялась с учебой (отличница), занималась в спортивной секции, но, как позже выяснилось, была избирательна в общении, несколько замкнута в коллективе: «...с ней никто не дружил, постоянных подружек не было...». «Я часто сидела у подъезда одна, читала книги», рассказывала она. Такая одинокая жизнь, полная переживаний за жизнь и здоровье матери, без поддержки и утешения со стороны родных, толкнула ее на знакомство с «добрыми, приятными» молодыми людьми, которые проявили к ней «сочувствие и внимание». Итогом дружбы с ними стало курение, а позже употребление ПАВ. В те-

чение полугода в ее поведении стали отмечаться отрешенность, безразличие к окружающему, неаккуратность во внешнем облике. Девочка бросила спорт, стала хуже учиться, пропускать школьные занятия.

На прием пригласили отца. В беседе он заявил, что у него нет свободного времени, чтобы чаще видеться с дочерью, контролировать круг ее общения. Ему разъяснили, что одними таблетками ситуацию не исправить, что в период выхода из зависимости требуется совместное проживание с ребенком, постоянное сопровождение до школы и обратно. Ответ был категоричен: «Я не могу быть с ней всегда рядом, у меня другая семья, работа». Через полгода девочка ушла из жизни. Жаль, что родители переключают свои обязанности на педагогов и медицинских сотрудников. Без любви и поддержки родителей подростку не справиться со своими проблемами и заблуждением.

Совместная работа педагогов, семьи и медицинских работников позволяет ускорить процесс выздоровления, сформировать у подростка волевую мотивацию на полное прекращение употребления ПАВ. Совместные усилия могут способствовать быстрому разрыву связей, закрепляющих зависимость от наркотических средств, укреплению мотивации на здоровый образ жизни.

Второй этап сестринской помощи – это контроль за процессом лечения. На этом этапе очень важна психопрофилактическая работа медицинской сестры, проведение разъяснительных бесед с родными пациента о необходимости тотального надзора за ребенком в период медикаментозного лечения с целью не допустить «срыва» подопечного. Значительную психологическую помощь в процессе лечения оказывают реабилитационные центры, группы, работа которых способствует ослаблению психической зависимости от ПАВ, стимулированию желания подростка лечиться от наркотической зависимости.

Задачи участковой медицинской сестры психоневрологического диспансера:

- отслеживать посещения пациентом врача диспансера, психолога,

- контролировать регулярность приема назначенных препаратов,
- ежедневно вести сводку поступления больных в стационарные отделения,
- выявлять место нахождения подростка.

Находясь в прямом контакте с пациентом, необходимо выстроить тактику поведения: в общении должны присутствовать не только мягкость и дружелюбие, но и директивные методы, настойчивость. Подросток должен осознавать, что он под контролем, а за свое негативное поведение, например, отказ от приема терапии, он будет в ответе перед врачом. При формировании у подростка готовности к выздоровлению, новой жизни без наркотиков можно подбадривать его доступными фразами, рассказывать о том, какое будущее может быть у здорового и психически устойчивого человека, делая легкий акцент на то, что в этом он сам перед собой несет ответственность. Эмпатия медицинского работника является важной составляющей при лечении наркозависимых подростков. Доверительные отношения, ненавязчивое убеждение в том, что все получится, похвала за успехи на разных этапах терапии – это совместные шаги медицинской сестры и подростка на пути к успешному выздоровлению.

В период лечения подростка от наркотической зависимости медицинские сестры играют значимую роль и несут ответственность перед его семьей, им самим за эффективность терапии. Ведь важно не только контролировать правильность приема препарата, но уметь быть в глазах незрелого психически маленького человека твердыней, оплотом веры и чистоты.

Ваше участие и моральная поддержка являются частью терапии, надеждой подростка на выздоровление, преодоление общественного убеждения о том, что «бывших наркоманов не бывает». Желаю нам быть одними из тех, кого называют «удивительными и заботливыми людьми, дающими надежду на выздоровление и лучшую жизнь!» Пусть наши повзрослевшие пациенты не вспомнят наши имена, но будут помнить нашу доброту и заботу о них и вырастут здоровыми и устойчивыми к пагубным пристрастиям людьми.

ЭМОЦИОНАЛЬНОЕ ВЫГОРАНИЕ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ: симптомы, причины, последствия, предупреждение



■ Людмила Юрьевна ДВОРЯШИНА
Штатный психолог ГБУЗ ЛОКБ

(Продолжение. Начало см. в «Вестнике»
№ 4 (58), с. 36–40)

Эмоциональное выгорание опасно тем, что тянет за собой множество негативных проявлений, которые уничтожают базис отечественной медицины. Среди этих негативных проявлений наиболее ярко выражены:

- Стандартизация общения, применение в работе стереотипных навыков, одинаковых заготовок. Молодое поколение с трудом вспомнит понятие «клиническое мышление». Именно этим мышлением и отличалась отечественная медицина от «западной». Не стоит путать понятия «стереотипных навыков» и «стандартизации общения» с требованиями, которые предъявляет проект Системы менеджмента качества, опирающийся на утвержденные стандартные операционные процедуры (СОП). Инструкции выполнения действий существуют в каждой сфере профессиональной деятельности человека. Инструкция, как и СОП, своего рода алгоритм, азбука, базис. Необходимо помнить о том, что лишь после

выработки навыка, такого автоматизма последовательности действий, профессионал имеет право применять творческий подход, креативность. «Импровизировать может лишь тот, кто знает свою роль назубок...» Выучите основные алгоритмы, доведите их до автоматизма, и у вас появится время на творческий и индивидуальный подход к каждому пациенту.

- Подмена творческой продуктивной деятельности формальным исполнением своих обязанностей. Формализация общения приводит к тому, что медицинская сестра начинает прятаться за правилами, инструкциями и становится менее открытой для контакта. Чаще всего это происходит из-за того, что медицинская сестра чувствует себя незащищенной от санкций со стороны руководства. Хорошо известна поговорка «инициатива наказуема», кроме того, существует ряд руководителей, воспринимающих инициативу подчиненных как дополнительные хлопоты, а то и «демонстрацию несостоятельности самого руководителя, ибо инициатива идет не сверху, как положено, а снизу».

- Желание снизить объем работы, так как медсестре в этом состоянии кажется, что ее чувство хронической усталости и напряжения связаны с перегрузкой. У нее появляется желание устраниться от дополнительных нагрузок, увеличить дистанцию в общении с пациентами и коллегами, избегать новых обязанностей. И этому можно найти объяснение: как пример – слишком много мелких, разрозненных, не связанных между собой поручений. Работа превращается в суету, в эту

имитацию бурной деятельности, мышиную возню.

- Наряду со стремлением снижать эмоциональную нагрузку в ситуации профессионального стресса часто наблюдается обратный вариант, связанный с «трудоголизмом», – стремлением компенсировать ощущение своей недостаточной профессиональной успешности еще большим усердием и напряжением в работе, нередко за счет семейных и дружеских отношений. Работа отвлекает от многих личных переживаний и мыслей. Работа как спасение. Иллюзия загруженности, востребованности, незаменимости.

Вспомним известное высказывание – «счастье – когда тебя понимают». У многих медицинских сестер нет никого, кроме супруга или партнера, с кем можно обсудить личные вопросы. Внося профессиональные вопросы в семью, они рискуют испортить личные взаимоотношения. Образ матери, не способной отключаться от работы, вечно усталой, раздражительной и недоступной для своих детей, остается печальным стереотипом.

Будучи штатным психологом ГБУЗ ЛОКБ в день я провожу порядка пяти индивидуальных консультаций (на консультацию может записаться любой сотрудник). Зачастую приемы расписаны на месяц вперед. Конечно, вначале сотрудники с опаской относились к подобным посещениям, но спустя некоторое время стали приходить не только те, кто испытывал и осознавал потребность в такой консультации, но и те, кому старшие сестры и заведующие отделениями рекомендовали индивиду-



альное психологическое консультирование. Должность общепольничного штатного психолога подразумевает подчинение только главному врачу и не требует отчетности в адрес руководителей подразделений. И потому, основное профессиональное требование к психологу – конфиденциальность – соблюдается неукоснительно, что создает атмосферу безопасности на встречах.

Многие медицинские сестры, находясь в синдроме выгорания, искренне убеждены, что жесткие социальные стандарты медицинской профессии накладывают ограничения не только на стиль поведения, но и на чувства («я не вправе чувствовать злость, раздражение, страх, вину, иначе я – плохой специалист»). И это создает отчуждение от самой себя. Если же при этом медицинская сестра неосознанно стремится играть роль «родителя» или «спасителя», отвечающего за всё, – это прямой путь к профессиональному стрессу.

Вспомним из предыдущей статьи, что первыми выгорают самые ответственные, внимательные и чувствительные сотрудники.

Необходимой и базовой частью профилактики возникновения синдрома эмоционального выгорания является личностная психологическая подготовка специалистов помогающих профессий. Здесь имеется в виду не только и не столько теоретическое обучение основам психологии (хотя, и оно не теряет своей значимости), сколько практическое обучение, направленное на развитие стрессоустойчивости профессионала. Очень хочется, чтобы подобная подготовка входила в программу обучения студентов медицинских колледжей, училищ и техникумов.



Для медицинских учреждений, озаченных предупреждением эмоционального выгорания сотрудников, имеет смысл рассмотреть предложенную ниже модель, предусматривающую:

- повышение **коммуникативных умений** с помощью активных методов обучения (постоянно действующие социально-психологические тренинги, деловые игры, где кейсами являются реальные сцены из жизни больницы);
- обучение **эффективным стилям коммуникаций и разрешению конфликтных ситуаций** (разработка речевых модулей, выработка и отработка алгоритмов по управлению конфликтами, беседе с раздраженными пациентами и т.д.);
- мероприятия, стимулирующие **мотивацию саморазвития, личностного и профессионального роста** (особо хороши подобные тренинги в процедуре формирования и работы с кадровым резервом, с Молодежным Советом, тренинги развития ресурсов руководителя для старших медицинских сестер отделений, тренинги публичных выступлений, ораторского искусства, ассертивного (уверенного) поведения...);

• **антистрессовые программы и группы поддержки**, ориентированные на личностную коррекцию самооценки, уверенности, социальной смелости, эмоциональной устойчивости и психофизической гармонии путем овладения способами саморегуляции и планирования личной и профессиональной карьеры (семинары-тренинги «Скорая помощь при стрессе на работе», «Бесконфликтное общение», программы психологической реабилитации и эмоциональной разгрузки, баллинтовские группы, Т-группы и т.п.).

Например, в ЛОКБ ежемесячно для всех сотрудников проводятся тре-

нинги программы «Антистресс» («Вестник» № 2 и № 3, 2022 г.). Кроме того, на базе больницы проводится Программа психологической реабилитации, сеансы которой работники могут посещать без отрыва от производства («Вестник» № 1, 2022 г.). Руководители подразделений могут оформить заявку на проведение занятий с сотрудниками своих отделений, например, по повышению коммуникативной грамотности (на примере кейсов из своей практики), управлению конфликтами, стрессоустойчивости. Для старших медицинских сестер отделений планируется возобновить ежемесячные баллинтовские группы (были прерваны из-за угрозы распространения новой коронавирусной инфекции). Кроме того, каждый руководитель имеет возможность заказать проведение анонимного анкетирования на выявление уровня удовлетворенности условиями труда своих сотрудников, тестирование на выявление ведущих мотивов к работе и т.д. Также каждый работник учреждения может записаться на индивидуальное психологическое консультирование.

Необходимо помнить, что люди могут переносить значительный стресс без повышенного риска развития психического или соматического заболевания, если они получают адекватную поддержку. На практике это означает уважение и принятие человеческой природы медицинского работника и такой его жизни за пределами работы, чтобы он мог удовлетворять собственные потребности наряду с потребностями пациентов, а также создание материальной заинтересованности в результатах труда.

Основным психологическим качеством, обеспечивающим стрессоустойчивость, является уровень личностной



зрелости медицинской сестры. Здесь подразумевается степень осознания себя, способность брать на себя ответственность, принимать решения и делать выбор, умение строить гармоничные взаимоотношения с другими людьми, открытость изменениям и принятие своего и чужого опыта во всем его разнообразии. И конечно, примером для подражания всенепременно должны стать старшие сестры отделений. Мы не можем требовать от своих подчиненных того, на что не способны сами.

Вспомним важный аспект в причинах возникновения эмоционального выгорания, – опыт неконструктивного общения с коллегами и руководством. Хороший климат внутри коллектива, чувство достаточной эмоциональной поддержки коллег и администрации – это мощный ресурс предупреждения и устранения профессионального стресса. Чувство защищенности в коллективе, наличие надежной опоры среди коллег, возможность доверительно обсуждать вопросы, связанные со стрессом в работе, позволяют снизить напряженность, тревогу, а также агрессивные проявления.

В ГБУЗ ЛОКБ до угрозы распространения новой коронавирусной инфекции автор статьи регулярно выступала с докладами на общебольничных конференциях среднего и младшего медицинского персонала по темам, предложенным главной медицинской сестрой: «Коммуникации в работе младшего медицинского персонала», «Бесконфликтное общение с коллегами», «Индивидуальные различия в проявлении стрессовой реакции», «Профилактика аллопатической нагрузки», «Предупреждение эмоционального выгорания. Конкретные шаги», «Первая психологическая по-



мощь пациентам», «Теория поколений» и т.п.

Руководителям, принимая на работу сотрудников, необходимо рассматривать персонал как свой наиболее ценный ресурс и заботиться о его сохранении. Сотрудников, впервые приступивших к работе, необходимо ввести в курс дела в первую очередь за счет грамотно выстроенной системы наставничества. Для обеспечения качественной, количественной и клинической сторон работы на этапе испытательного срока необходим индивидуальный наставник и индивидуальный план работы. В дальнейшем каждому молодому специалисту желательно предоставить возможность участия в мероприятиях по формированию и работе с кадровым резервом учреждения. Печально, но зачастую поиск и найм специалиста становится более значимым приоритетом, чем задача его удержать. Для повышения лояльности и вовлеченности специалиста в деятельность конкретного учреждения необходимо активное участие служб управления персоналом.

Существуют конкретные способы преградить путь синдрому выгорания:

- культивирование других интересов, не связанных с профессиональной деятельностью (спортивные мероприятия, художественная самодеятельность, благотворительность, курирование детских домов, домов престарелых и т.д.);
- внесение разнообразия в свою работу (ротация персонала, возможность использования музыки, изображений, видеоряда, цветовых и световых композиций и т.п. для оформления рабочего стола персонального компьютера, кабинетов и палат...);
- создание новых проектов и их реализация без ожидания санкций со стороны официальных инстанций (семи-



нары и школы здоровья для пациентов, школы для родственников тяжелых пациентов, разработка программ на повышение вовлеченности пациента в процесс лечения и реабилитации...);

- участие в семинарах, конференциях, где есть возможность встретиться с новыми людьми и обменяться опытом;

- периодическая совместная работа с коллегами, значительно отличающимися профессионально и личностно (тренинги, проекты...);

- участие в работе профессиональной группы, дающее возможность обсудить возникшие личные проблемы, связанные с работой (балнтовские группы, группы встреч...);

- поддержание своего здоровья, соблюдение режима сна и питания (создание условий для приема пищи – рабочие столовые, зоны рекреации, комнаты психологической разгрузки, тренажерные залы, залы водных процедур...);

- обдуманные обязательства (например, не следует брать на себя большую ответственность за здоровье пациента, чем он сам; хорошо понимать зону своей ответственности – медицинская сестра не заменяет врача, буфетчицу, сестру-хозяйку, работника АХЧ и т.д.);

- чтение не только профессиональной, но и другой хорошей литературы, просмотр сериалов... просто для своего удовольствия без ориентации на какую-то пользу;

- активная социальная жизнь (если вы живете в городе, то вспомните о выставках, театрах, кино, благотворительных мероприятиях, а если в небольших, то организуйте группу по интересам...);

- наличие нескольких друзей, желательно других профессий (достаточно даже одного ☺);

- стремление к исполнению желаний, без надежды стать победителем

во всех случаях, и умение проигрывать без ненужных самоуничтожения и агрессивности (неудача – лишь повод попробовать еще раз);

- способность к самооценке без упования только на уважение окружающих; открытость новому опыту (я у себя одна, сколько людей – столько мнений, я лучше знаю, какая я, я бесконечно верю в себя, ошибка – лишь доказывает, что я жива и значит могу ее исправить...);

- умение не спешить и давать себе достаточно времени для достижения позитивных результатов в работе и жизни (внезапно только кирпич на голову падает, да и то, тому есть причины – как минимум халатность строителей; без процесса нет результата, главное – я делаю шаги и не опускаю руки...);

- хобби, доставляющее удовольствие, и др.

Необходимо помнить, что влиять на обстоятельства могут не все, и даже для тех, у кого есть возможность менять мир, не исключена вероятность встречи с обстоятельствами, изменить которые они не в силах. И потому, начнем с того, на что может влиять каждый из нас.

Первый шаг к преодолению эмоционального выгорания – разобраться с собой, понять не только свои цели и представить образ будущего, а ответить на вопрос о смысле своих действий.

Для разминки предлагаю читателю провести небольшое исследование.

Возьмите чистый лист бумаги, сверху напишите вопрос «КТО Я? Какая я?» и ниже запишите тридцать ответов на этот вопрос. Долго не задумывайтесь. Пишите всё, что придет в голову (медсестра, мать, хороший человек, верная подруга, красота...). Ни в чем себе не отказывайте.

Затем возьмите второй чистый лист и разделите его на 4 столбика. Вверху первого столбика напишите «Я и другие», т.е. я в социуме, с другими людьми на работе и дома; вверху второго «Я и тело», т.е. мое здоровье, возраст, тело, материальное...; вверху третьего «Я с собой», т.е. моя психика, самооценка, хобби, отдых...; вверху четвертого

«Я и душа», т.е. духовность, нравственность, смысл жизни, миссия...

Вернитесь к своему списку и разнесите ваши ответы по этим четырём столбикам. Не думайте, в какой столбик будет правильно отнести ту или иную характеристику. Например, «мать». Она может быть отнесена в столбик «Я и другие» (я мать для своего ребенка, не хуже, чем другие матери), или «Я и душа» (этот ребенок дан мне Богом, и я буду нести этот крест до конца моих дней, это моя миссия), или «Я с собой» (может, я и плоха в чем-то другом, но зато я отличная мать! И это меня греет!).

Не думайте, в какой столбик правильно отнести тот или иной ответ на вопрос «Кто я?». Правильно так, как у вас.

А теперь посмотрите, в каком столбике вас «больше всего». А в каком – меньше всего.

В идеале, ваши столбики должны быть приблизительно равны по наполняемости...

Это небольшое исследование может многое сказать вам о себе: чему вы отдаете предпочтение, а что игнорируете. Постарайтесь сделать так, чтобы те сферы вашей жизни (столбики), которые уступают по количеству характеристик самой насыщенной, наполнились в такой же мере. Как вы это сделаете – зависит от вас: либо еще раз подумайте о себе, может вы что-то забыли упомянуть, или же сделайте нечто, чтобы вы смогли записать это в ущербный столбик (записаться на йогу, пройти обследование, начать рисовать, прочитать хорошую книгу, обнять мужа...).

Теперь у вас есть к чему стремиться!

Часто люди, находящиеся в длительной стрессовой ситуации, ведущей к эмоциональному выгоранию, чувствуют себя мошкой, застрявшей в куске янтаря. Одним из самых распространенных способов является умение подняться над ситуацией, посмотреть на свое положение и работу с «высоты птичьего полета». Увидеть, что кроме «затянувшей» вас воронки, рядом есть другая жизнь: работают магазины, ходят поезда, летают самолеты, светит солнце, качаются деревья,

планета летит в космическом пространстве...

Помню на заре своей профессии, когда опыт давался особо тяжело, я уединялась на скамейке в парке (сезон не важен), закрывала глаза и представляла себя, сидящей на скамейке. Мысленно привязывала себя длинным шнуром к скамейке и так же мысленно представляла, что поднимаюсь вверх, словно воздушный шарик. Вижу себя, уменьшающуюся по мере подъема на высоту, дорожки парка, потом район, город, страну... и вот я уже в космосе, смотрю на нашу планету. Где-то на планете накатывали цунами, гремели грозы и тайфуны, шли войны, обрушивались наводнения и землетрясения. Но сама планета оставалась собой... И с этой высоты мои невзгоды начинали казаться не такими уж трагичными. А выше были звезды. Полный покой... И надышавшись покоем, держась за шнур, я возвращалась обратно. К своей скамейке.

Второй способ – уход в область, которая лежит рядом. Когда прежние знания, умения, навыки находят новое применение, человек делает так называемую горизонтальную карьеру. Например, кто-то идет в частный бизнес или меняет рабочее место (переход из стационара в амбулаторное звено), овладевает новой специализацией...

Третий способ – не оставляя занятия, сделать его инструментом для достижения более глобальных целей. Например, кто-то начинает писать научную работу или становится преподавателем, а может, начинает новый проект...

Четвертый способ, который часто применяют – оставаясь в той же ситуации, сосредоточить внимание не на хорошо известных, усвоенных объектах, а на нерешенных проблемах. Например, вы отлично делаете подкожные инъекции, но боитесь периферического доступа... Или есть то, чему вы давно хотели научиться или что-то сделать, но вас постоянно отвлекало. Например, составить буклет о вреде курения или наконец-то поговорить с руководителем о смене графика...

Продолжение следует... Следующая статья будет посвящена профилактике профессиональной деформации у медицинских работников.

Д О В Е Р Я Й Т Е Л У Ч Ш И М



ДЕЗАКТИВ С

ДЕЗИНФИЦИРУЮЩИЕ САЛФЕТКИ

Производятся из нетканого плотного материала белого цвета (не оставляют ворсинок на обрабатываемых поверхностях) со специфическим запахом спирта и отдушки, пропитанные дезинфицирующим раствором. В качестве действующих веществ пропиточный раствор салфеток содержит изопропиловый спирт – 30%, комплекс ЧАС, а также N,N-бис (3-аминопропил) додециламин, полигексаметиленбигуанидина гидрохлорид, также вспомогательные компоненты.

Обладают антибактериальной активностью в отношении грамположительных (включая микобактерии туберкулёза – тестировано на M. Terrae) и грамотрицательных бактерий, вирулицидной активностью (включая энтеральные и парентеральные гепатиты, ВИЧ-инфекцию; энтеровирусные инфекции – полиомиелит, Коксаки, ЕСНО; грипп, в том числе грипп H1N1, H5N1; ОРВИ, герпетическую, аденовирусную и др. инфекции), фунгицидной активностью в отношении грибов рода Кандида и дерматофитов.

Предназначены для применения в ЛПУ любого профиля. Для обработки поверхностей медицинских приборов и оборудования, оптических приборов, датчиков УЗИ и т.п.

Срок годности – 3 года со дня изготовления в невскрытой упаковке производителя.

Фасовка: банки из плотного полимера с двойными зажимными крышками по 60-120 шт, индивидуальная упаковка типа «саше»

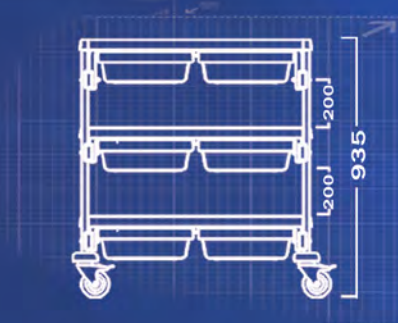


Тележки медицинские «КРОНТ»



Тележка внутрибольничная для перевозки медикаментов, перевязочных материалов и других медицинских изделий
ТБ-01-«КРОНТ» по ТУ 9451-006-11769436-2003

в варианте исполнения **ТБ-01-«КРОНТ»-3/6**



Габариты: 890x525x935 мм

- 3** ПЛАСТИКОВЫХ ПОДДОНА:
Рабочая поверхность поддонов: 770x400 мм
Глубина поддонов: 10 мм
- 6** ВЫДВИЖНЫХ ПЛАСТИКОВЫХ ЯЩИКОВ:
Размер ящика: 375x275 мм
Глубина ящика: 100 мм

Тележка медицинская инструментальная ТИ-2-ВШ-01-«КРОНТ» по ТУ 9451-005-11769436-2002
в варианте поставки

ТИ-2-ВШ-01-«КРОНТ»-1

в варианте поставки

ТИ-2-ВШ-01-«КРОНТ»-2



890x525x1250 мм



890x525x935 мм



Приобретение: +7 495 500-48-84

Консультации: +7 498 644 46 20

<https://kront.com>

info@kront.com

30 ЛЕТ
НА РЫНКЕ

АО «КРОНТ-М» – Производство медицинского оборудования

141402, Московская область, город Химки, ул. Спартаковская, дом 9, пом. 1