

ВЕСТНИК АССОЦИАЦИИ

медицинских сестёр России

№ 1/60 2023



**БЕЗОПАСНАЯ
БОЛЬНИЧНАЯ СРЕДА:**
*Роль акушерки в преодолении
профессиональных рисков*



стр. 26

**ЭНДОВАСКУЛЯРНАЯ
ХИРУРГИЯ:**
*Слагаемые успешной сестрин-
ской практики*



стр. 21

ВСЕМ НА МЕДОСМОТР:
*В Тюменской области
оптимизировали медосмотр
сотрудников*



стр. 8

**СЧАСТЬЕ ВЕСОМ
В ПОЛКИЛО:**
*Благодаря чему недоношенные
дети получают шанс на жизнь*



ТРИГЕКСИЛОН

хелатный комплекс
хлоргексидиния-цинка

БЕССПИРТОВОЕ СРЕДСТВО ДЕЗИНФИЦИРУЮЩЕЕ

ДЕЗИНФЕКЦИЯ:

Датчиков диагностического оборудования (УЗИ и Т.П)

Кардиоэлектродов (клемм, насадок, клипс, электродов)

Приборов и оборудования

Поверхностей

ЭКСТРЕННАЯ ДЕЗИНФЕКЦИЯ:

Медицинских изделий

Антимикробная активность:

- Спороцидная
- Туберкулоцидная (тест на M.terrae)
- Вирулицидная
- Бактерицидная
- Овоцидная
- Фунгицидная

Безопасен

Нетоксичен

Гипоаллергенен

Без спирта



Пролонгированное
действие

Эффективен
против Covid-19

Без запаха

Не оставляет
следов

Не вызывает
жжение

Напишите нам! Мы вышлем Инструкцию и ответим на ваши вопросы

 **ЛИЗОФОРМ**

8 (812) 347- 71-15 (доб. 164), disinfections@lysoform.ru, galinkina@lysoform.ru, www.lysoform.ru



«У каждого из нас есть тысячи поводов, чтобы любить свою профессию и бесконечно ею гордиться»

Уважаемые коллеги, дорогие друзья и читатели «Вестника»!

В период весеннего авитаминоза и упадка сил спешим поделиться зарядом энергии, событиями, опытом и знаниями многочисленных регионов и специалистов, объединенных РАМС.

В этом выпуске «Вестника» вместе с нами и лучшие спикеры конгресса «30 лет вместе» – да, их было так много, что ограничиться одним номером просто невозможно, и события в регионах – конкурсы, творческие работы, психологические тренинги, и анонсы грядущих событий.

Готовиться к таким событиям мы привыкли основательно, поэтому уже сейчас спешим сообщить специалистам первичного звена, что этой осенью в Санкт-Петербурге пройдет всероссийский конгресс, где мы рассмотрим лучшие практики, модели, проекты, инициативы, благодаря которым медицинская помощь становится ближе, доступнее и качественнее для пациента, а профессионалам дарит удовлетворение от своей работы и вдохновляет на новые дела. Состоится конгресс 19–20 октября, а регистрацию участников мы обязательно анонсируем на интернет-площадках Ассоциации.

Говоря о планах на этот год, нельзя не коснуться «Выездных школ РАМС». Мы не только ждем специалистов в Санкт-Петербурге, но готовы приехать в любой регион. Экспертов выездных школ ждут вокзалы и аэропорты, перелеты и переезды, а еще замечательные встречи, мастер-классы и тренинги. В этом году к темам санэпидрежима, сестринского дела во фтизиатрии и лучших перинатальных практик присоединятся школы по управлению, реабилитационному сестринскому делу и медицине катастроф. В общей сложности запланированы 32 школы, а от их обширной географии захватывает дух. Перечислять регионы заранее не будем, но о каждой поездке обязательно расскажем на страницах «Вестника». Тем более что сезон школ уже открыт и первые впечатления этого года и у лекторов, и у специалистов самые замечательные!

«Лидерство» – сложный и противоречивый проект, за который Ассоциация взялась еще в разгар пандемии, наконец выходит на финишную прямую. Как раз сейчас идет подготовка к защите участниками «Лидерства» запланированных к реализации индивидуальных и региональных проектов. Переживаем, волнуемся и верим в успех, тем более что он вдохновлен уже достигнутыми результатами. Медицинские сестры Тюменской области при поддержке региональной ассоциации уже второй год идут по пути проектной деятельности и добиваются отличных результатов. В этом выпуске «Вестника» делимся итогами II Регионального конкурса проектов, который состоялся в г. Тюмень в декабре.

Благодаря действиям лидеров будет меняться помощь, которую получают пациенты (где-то появятся школы «Жизнь после инсульта», «Обучение родственников, больных деменцией»); изменится жизнь медсестер (специалисты позаботятся об их здоровье, введут в практику ЗОЖ для медсестры, доведут до совершенства организацию медосмотров); где-то будут введены важные организационные решения, в помощь медработникам придут цифровые технологии; а где-то новыми красками заиграет общественная работа – похоже, что предстоящий год пройдет под девизом «Молодым везде у нас дорога» – одна за другой региональные организации формируют молодежные активы и молодежные советы.

Чтобы и молодым, и зрелым специалистам в профессии была дорога, РАМС считает необходимым решить вопросы по оплате труда. По итогам юбилейного конгресса мы обратились в Минздрав и ЦК Профсоюза работников здравоохранения, определив, что профессиональное сообщество настаивает – оплата труда медицинской сестры должна составлять не ниже 130%, а фельдшера, акушерки, медсестры расширенной практики – не ниже 140% от средней по региону. Мы надеемся, что пра-

вительство пойдет по этому пути, и будем регулярно и настойчиво напоминать о приемлемых для специалистов показателях. Как сделали по поводу нашумевшего в начале года постановления Правительства Российской Федерации от 31 декабря 2022 г. № 2568 «О дополнительной государственной социальной поддержке медицинских работников...». Собрав голоса, данные, информацию вместе с региональными организациями, мы обратились за разъяснениями в ЦК Профсоюза и Минздрав России. Развернутые пояснения стали немаловажным документом для специалистов, которым выплаты положены, но по каким-то причинам до своих адресатов не дошли.

Работа Ассоциации строится вокруг профессии – мы должны обеспечить, добиться, сделать реальностью максимально благоприятную среду для профессии – законодательно, профессионально, эмоционально, технически содействующую тому, чтобы жить в ней было комфортно, и у специалистов хватало энергии и энтузиазма для выполнения своих задач.

Любая встреча со специалистами, которые в своей профессии счастливы, бесконечно нас вдохновляет! Мы уже успели отметить два профессиональных праздника, – от всего сердца поздравляем операционных сестер и фельдшеров с важными и близкими сердцу датами. Отметим мы и День защитника Отечества, и прекрасный праздник весны, торжества женственности и красоты – Международный женский день. И все это о нас и о замечательных специалистах, например таких, как в Республике Марий Эл, где состоялся прекрасный творческий конкурс. Специалисты поделились своим счастьем от работы.

Согласитесь, нам есть за что свою профессию любить, а уж поводы для гордости она дает нам 24 часа в день, 7 дней в неделю и целых 365 дней в году – ведь именно так устроен мир медицинской сестры, которая каждую минуту оказывает помощь.



На обложке: Антоненко Наталья Ивановна, акушерка Перинатального центра БУЗОО «Областная клиническая больница», город Омск

СОДЕРЖАНИЕ

СОБЫТИЯ В РЕГИОНАХ	
От идеи к практике. В Тюмени состоялся конкурс сестринских проектов	стр. 3
ЗНАКОМСТВО С ПРОФЕССИЕЙ	
Счастье весом в полкило. Благодаря чему недоношенные новорожденные получают шанс на жизнь	стр. 8
Когда две жизни в твоих руках	стр. 20
Счастливы на работе. По инициативе Ассоциации средних медицинских работников Республики Марий Эл состоялся конкурс эссе, посвященных профессии	стр. 24
ИННОВАЦИОННАЯ ПРАКТИКА	
Как систематизировать деятельность организации по учету работы медицинского оборудования	стр. 12
Всем на медосмотр! Проект оптимизации медосмотра сотрудников реализован в Тюменской области	стр. 21
Цифровизация медицины на селе. Льготное лекарственное обеспечение в формате электронных документов	стр. 31
КАЧЕСТВО И БЕЗОПАСНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ	
Безопасная больничная среда. Роль акушерки в преодолении профессиональных рисков	стр. 16
Эндоваскулярная хирургия. Слагаемые успешной сестринской практики	стр. 26
СТРАНИЦЫ ИСТОРИИ	
Священный подвиг. Священная слава	стр. 36
ВОПРОСЫ УПРАВЛЕНИЯ	
С первого дня и ежедневно. Контроль работы среднего медицинского персонала частной стоматологической клиники	стр. 28
Медиативная компетентность руководителя как инновационный инструмент организационного лидерства	стр. 34
С ЗАБОТОЙ О КАДРАХ	
Дыхание – это жизнь	стр. 33
Эмоциональное выгорание медицинских работников: симптомы, причины, последствия, предупреждение	стр. 38

Свидетельство о регистрации ПИ № ФС77-43903 от 17.02.2011. Подписано в печать 02.03.2023. Отпечатано в ООО «Аллегро». Санкт-Петербург, ул. Коли Томчака, д. 28. Заказ № 1031. 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, контактный телефон, количество экземпляров, номер(-а) выпуска «Вестника», на который вы подписываетесь. Заявку следует направить по адресу: julia@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, Ольга Гаврилова
Верстка – Игорь Быков
Корректор – Марина Водолазова

АДРЕС РЕДАКЦИИ

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

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

АНОПКО В.П. – канд. мед. наук, президент Астраханской региональной общественной организации «Профессиональная сестринская ассоциация»

ГЛАЗКОВА Т.В. – главный внештатный специалист по управлению сестринской деятельностью Комитета по здравоохранению Ленинградской области, президент Региональной общественной организации «Профессиональная ассоциация специалистов сестринского дела» Ленинградской области

ДРУЖИНИНА Т.В. – президент Кемеровской региональной общественной организации «Ассоциация медицинских сестер Кузбасса»

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

КУЛИКОВА Р.М. – председатель 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

ОТ ИДЕИ К ПРАКТИКЕ

В ТЮМЕНИ СОСТОЯЛСЯ II РЕГИОНАЛЬНЫЙ КОНКУРС СЕСТРИНСКИХ ПРОЕКТОВ



Ирина ЯНМИНКУЛЬ

Пресс-секретарь ТРОО ТОПСА

28 и 29 ноября 2022 года в г. Тюмени, высоко подняв голову, горделиво прошествовал II Региональный конкурс сестринских проектов «От идеи к практике». Конкурс организован в соответствии с приказом Департамента здравоохранения Тюменской области, а его цель – повышение качества и безопасности медицинской деятельности через выявление существующих проблем в здравоохранении. Кроме того, важнейшая задача конкурса – популяризация лучших сестринских практик.

Участвовать в конкурсе престижно, ведь для участия в нем отбираются только самые лучшие командные проекты по модернизации сестринских процессов. И отбор, и сам конкурс – мероприятия открытые. Заявить свой проект на конкурс может любой коллектив!

Задачи Конкурса перед конкурсантами были поставлены четкие и конкретные:

- стимулировать развитие у участников компетенций по управлению качеством и безопасностью сестринской деятельности с использованием проектного подхода;
- способствовать созданию коммуникационной площадки для обмена опытом распространения лучших практик;
- поддерживать наиболее успешные проекты по оптимальному использованию ресурсов медицинской организации для решения проблемных ситуаций;
- поддерживать сестринские коллективы медицинских организаций, активно внедряющие и применяющие в своей



деятельности инструменты проектного управления.

Открытая защита проектов проходила в гибридном формате на базе Учебно-методического центра ГАУ ТО «МИАЦ». Эксперты оценивали проекты по 10-бальной шкале по следующим критериям: актуальность внедрения предложенных технологий в сестринскую деятельность (5 баллов), применение инструментов проектного управления в медицинской организации (3 балла), возможность тиражирования на территории иных медицинских организаций (2 балла).

На суд взыскательного профессионального жюри в этом году было представлено 15 сестринских проектов абсолютно разной направленности. Причем четыре из них уже прошли испытание «горнилом» V Всероссийского конгресса «30 лет во имя профессии», организованном Российской ассоциацией медицинских сестер в г. Санкт-Петербурге. Там тюменские медсестры не просто очередной раз презентовали свою проектную деятельность, выступая с докладами перед аудиторией медицинских сестер, съехавшихся со всех уголков России-матушки, но и получили заслуженно высокие оценки коллег.

Не скроем, проектная деятельность специалистов из разных медицинских организаций г. Тюмени и области уди-

вила экспертов простотой затронутых вопросов, и в то же время глубиной найденных решений. Несомненно, каждый проект – это работа целой команды, имеющей общие цели и задачи, но успешным его делает лидер. Не может не радовать, что фельдшера и медицинские сестры год от года защищают свои проекты все более уверенно, демонстрируя другой, качественно новый уровень докладов. Ни один из вопросов, заданных уважаемыми членами жюри, не повис в воздухе без ответа!

В состав комиссии экспертов конкурса вошли: **Раиса Куликова**, председатель Правления ТРОО ТОПСА; **Наталья Швецова**, главный внештатный специалист по управлению сестринской деятельностью ДЗТО; **Мария Скочина**, главный специалист сектора кадровой политики в здравоохранении и медицинского образования ДЗТО; **Наталья Брынза**, д.м.н., доцент, заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения ФГБОУ ВО ТюмГМУ Минздрава России, **Валерий Кудряшов**, председатель Тюменской областной организации профсоюза работников здравоохранения РФ; **Сеногноева О.Н.**, директор Учебно-методического центра «МИАЦ»; **Юлия Агапова**, директор по профессиональному развитию РАМС.

Проекту-победителю **«Применение искусственного интеллекта в работе участковой медицинской сестры»** в двухдневном конкурсном марафоне при жеребьевке символично достался первый номер. Разработчик проекта – **Матушкина Т.Г.**, главная медсестра ГБУЗ ТО «Областная больница № 23» (г. Ялutorовск), уже занимала 1 место в прошлом году. Не зря говорится, стабильность – признак мастерства, поэтому передовые и свежие идеи Татьяны Геннадьевны, высокий уровень ее профессионализма были в очередной раз по достоинству оценены командой экспертов. Внедрение технологии искусственного интеллекта в медицине, к чему относятся программные средства с набором алгоритмов и методов, является одним из главных трендов мирового здравоохранения. Они позволяют искусственному интеллекту решать определенные задачи вместо человека, сокращая время на анализ данных. При работе над проектом командой была выделена группа пациентов, не посещавших поликлинику два и более года, у которых напрочь отсутствовала мотивация прийти на прием даже после приглашений медработников. В ходе разработки проекта был укомплектован КДСЗ (Комплекс диагностики состояния здоровья), состоящий из портативного оборудования: анализатора для измерения глюкозы, холестерина и МНО, аппарата теле-ЭКГ, спиротеста, пульсоксиметра, тоно-

метра, тест-полосок на ВИЧ и планшета с установленной программой. Работая над программой плечом к плечу с системным администратором, Татьяне Геннадьевне удалось создать программный продукт, состоящий из нескольких блоков, включающий в себя 17 формул. Этому предшествовало доскональное штудирование учебника по пропедевтике, ряд консультаций с врачами: терапевтами, эндокринологами и кардиологами. Пригодился и свой собственный богатый опыт. То, что им удалось создать, сегодня очень помогает участковой медсестре при проведении осмотра пациента. Медсестра, применяя искусственный интеллект программы, сама может назначать пациентам необходимые обследования, получать заключение о состоянии их здоровья без посещения поликлиники, дистанционно. Ей удастся выявлять факторы риска ХНИЗ, ухудшение или компенсацию хронических заболеваний.

«Этот проект позволяет повысить престиж профессии медицинской сестры. Именно благодаря таким блестящим разработкам население поверит нам и будет смело доверять свое здоровье. Это не просто подчеркивает компетентность медсестры, это позволяет врачу делегировать медсестре полномочия и повышает удовлетворенность пациентов», – отметила председатель экспертной комиссии Раиса Куликова.



Проект **Гутвиной О.А.**, старшего фельдшера Омутинской ЦРБ ГБУЗ ТО «Областная больница № 11» (р.п. Голышманово) **«Организация профилактики и диспансерного наблюдения пациентов с артериальной гипертензией на ФАПе»** был анонсирован членом экспертной комиссии Швецевой Н.С., как выстраданный, который по важности и актуальности ничуть не уступает предыдущему. Эта работа не просто позволила повысить выявляемость пациентов с гипертонической болезнью на селе, но и улучшить качество их жизни за счет диспансерного наблюдения. Рассказывая

о проделанной работе, Ольга Алексеевна подчеркнула, что диспансерное наблюдение пациентов с гипертонической болезнью должно быть плановым и постоянным. При качественной работе фельдшеров ФАП сегодня может значительно снизиться процент заболеваемости и уменьшиться количество осложнений гипертонической болезни. «Нам самим сейчас работать стало гораздо интересней, – подчеркнула автор проекта – мы видим результаты своей работы!»

Кудряшов В.П., член экспертной комиссии лаконично подытожил: *«Все эти новинки надо обязательно внедрять*

и в учебный процесс, не только в медколледжах, но и в медицинском университете».

Олексиенко Н.А., старшая медсестра детского стационара ГБУЗ ТО «Областная клиническая больница № 2» для своего проекта **«Организация безопасной среды в детском стационаре»** выбрала тему падений, которые могут нанести большой ущерб здоровью, особенно если вопрос касается госпитализированных в стационар детей. В мероприятия, направленные на устранения проблемы, команда включила доработку имею-

щейся программы профилактики падений в стационаре, обучение медперсонала и лиц, осуществляющих уход, навыкам такой профилактики, дооснащение отделений необходимым медицинским и техническим оборудованием.

Представляя проект «Расширение роли среднего медицинского персонала при госпитализации онкологических пациентов», старший фельдшер приемного отделения ГАУЗ ТО «МКМЦ «Медицинский город» **Грищенко М.В.** рассказала об эффективном использовании потенциала фельдшера. При перераспределении нагрузки от врача фельдшеру время оформления на госпитализацию в лечебном учреждении сократилось в 8 раз! Главная медсестра больницы Тарасова Е.В. так прокомментировала ценность проекта: «Если раньше на прием к врачу сидела огромная очередь пациентов для того, чтобы доктор посмотрел анализы, решил, нужно ли дальнейшее лечение и т.д., то в проекте фельдшера уверенно взяли эти функции на себя. Помимо того, что врачам удалось высвободить время на более гло-

бальные задачи в процессе лечения пациентов, повысилась удовлетворенность пациентов. А это дорогого стоит!»

Абышева А.В., заведующий ФАП с. Щетково ГБУЗ ТО «Областная больница № 24» (с. Ярково) тему для своего проекта «Сопровождение фельдшером ФАПа группы пациентов с ожирением 3 степени» избрала, проанализировав высокие показатели ИМТ у жительниц села. В экспериментальную группу вошли 10 жительниц в возрасте от 32 до 66 лет, имеющих ИМТ выше 35 %. До конца эксперимента дошли 6 человек, которые безоговорочно доверились молодому фельдшеру. Правильное питание, увеличение физической активности, еженедельная антропометрия, профилактическая работа по ПП с лекциями, консультациями, рекомендациями, психологическое сопровождение и, конечно, настрой участниц группы на улучшение здоровья дали положительные результаты. За 7 недель у женщин снизился вес на 7–29 кг, нормализовалось АД, приблизились к норме показатели сахара и холестерина,

гемоглобина, уменьшилась одышка при ходьбе и физической нагрузке. Вектор здоровья заложен!

В проекте «Организация медицинской помощи паллиативным пациентам на амбулаторно-поликлиническом этапе», который презентовала **Дмитриева Н.А.**, старшая медицинская сестра взрослой поликлиники ГБУЗ ТО «Областная клиническая больница № 2», была поднята проблема инкурабельных больных, качество жизни которых можно улучшить. С целью повышения уровня компетенции медицинских сестер, профессиональная деятельность которых связана с оказанием паллиативной помощи, была организована учеба в объеме 36 часов, стандартизирован рабочий процесс, созданы методические рекомендации, грамотному уходу обучены родственники пациентов, тесный контакт налажен с участковой службой, дополнен регистр паллиативных пациентов. В планах команды проекта не останавливаться на достигнутом, внедрять телемедицинские консультации дистанционного сопровождения,

На вторую ступень пьедестала экспертным жюри был представлен проект **Антоновой Е.Б.**, операционной медсестры ангиографического кабинета ГБУЗ ТО «Областная больница № 3» (г. Тобольск) «Роль операционной медицинской сестры в оптимизации работы по учету расходного материала в ангиографическом кабинете с использованием LEAN технологий». Проблема, на решение которой был нацелен проект, заключалась в том, что хирургу, оперировавшему пациента, не всегда удавалось подобрать стент подходящего размера. В ЛПУ отсутствовал механизм учета расходного материала, не применялся электронный документо-

оборот, отсутствовала маркировка на упаковках, в которых хранился расходный материал, не было грамотно оснащено помещение для хранения запасов. Эта причинно-следственная связь мешала выполнять работу качественно. С внедрением программы по учету расходного материала удалось достичь не только практической, но и экономической выгоды – сократить финансовые потери примерно на 1 млн руб. Рост прибыли ангиографического отделения в сравнении с предыдущим годом составил 27 %. Наведя порядок, команде проекта удалось сократить расход количества стентов при увеличении объема стентирования.



обучать работников социальной службы. Помогать людям жить, сохраняя человеческое достоинство, ощущать заботу и участие на любом этапе жизненного пути, это ли не благородная миссия?

Работа с медицинским оборудованием в МО, своевременность техосмотров, ремонтных работ, метрологической поверки и т.д. – головная боль для любой главной медсестры. О том, как облегчило и систематизировало этот важнейший аспект работы приобретение специализированной программы члены жюри узнали из проекта **«Систематизация учета работы медицинского оборудования в структурных подразделениях»** *Хайруллиной Е.А.*, главной медсестры ГБУЗ ТО «Областной клинической больницы № 2».

Бережливое производство, система 5С стали ключевыми моментами при разработке проекта ГБУЗ ТО «Областного клинического фтизиопульмонологического центра» **«Управление лекарственными препаратами и расходными материалами по системе Kanban»**, который представила главная медсестра

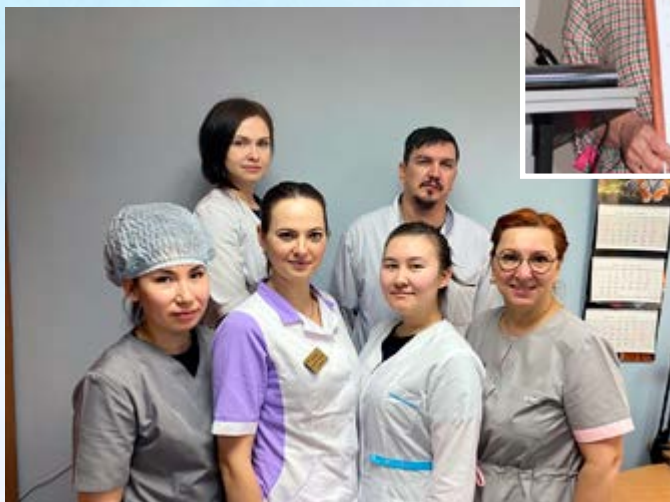
Морева Л.П. Она рассказала, как с внедрением этой системы удалось рационально планировать приобретение и использование расходных материалов, систематизировать учет, хранение, контроль за сроками хранения препаратов. Обеспечение подразделений лекарственными препаратами и расходными материалами в необходимых количествах, своевременное пополнение запасов, грамотное планирование помогли выйти на экономический эффект при проведении кампании закупок. Были внесены изменения в учетную политику учреждения, все материально ответственные лица имеют ЭЦП, что важно при отражении операций в программе 1С. Основные управленческие решения в отношении материальных запасов повлияли на величину затрат, количество и стоимость закупаемых товаров. Работать в условиях, где система прозрачна и упорядочена, где потребность планируется – понравилось всем.

Проект **«Внедрение принципа работы универсальной медицинской сестры в терапевтическом отделении»**,

разработчиками которого стали *Поропова С.В., Лепихина Т.С.*, старшие медсестры отделений противоопухолевой терапии № 1 и № 2 ГАУЗ ТО «МКМЦ «Медицинский город», родился неспроста. Неравномерная нагрузка на сестринский персонал подразделения, колоссальная перегруженность процедурной медсестры, вызывающая профессиональное выгорание, длительное ожидание процедур пациентами дали толчок для выбора темы. Целями проекта были определены повышение удовлетворенности пациентов качеством оказания медицинской помощи, увеличение количества медицинских сестер, обладающих всеми профессиональными навыками, необходимыми в работе стационара, достижение полной взаимозаменяемости персонала. Формирование матрицы компетенций медсестер, разработка индивидуального графика обучения по недостающим компетенциям, перепрофилирование должностей, изменение графика работы, изменение должностных инструкций позволили достичь желаемых результатов. Но самое главное, чего удалось достичь, – это удовлетворенность пациентов!

Третью призовую ступень заслужил проект главной медсестры ГБУЗ ТО «Областная больница № 9» (с. Вагай) *Шульдебовой Т.В.* **«Увеличение доступности и качества обследований в кабинете раннего выявления заболеваний»**. Низкий охват населения профилактическими осмотрами, редкая выявляемость онкологической патологии на ранней стадии подтолкнули Татьяну Викторовну взяться за такую работу. Для отдаленных территорий были организованы регулярные выезды мобильной бригады в составе фельдшера, медсестры, терапевта и сотрудника КРВЗ, которые проводили за-

бор анализов, осмотр населения, профосмотры и диспансеризацию. Помимо прочего проводилась активная профилактическая работа с населением по онконастороженности, профилактике АГ, сахарного диабета. Использование мобильного комплекса для выполнения целей и задач указанного проекта было правильным решением. Выполненная работа говорит сама за себя: за 14 выездов бригады было выявлено 17 случаев онкопатологии, значительно вырос процент ДВН и профосмотров. Работа в данном направлении и далее будет продолжаться, ведь эффективность проекта очевидна!



«Оптимизация процесса прохождения медицинского осмотра сотрудниками» – такая тема была выбрана **Тарковой В.В.**, главной медсестрой ГАУЗ ТО «Городская поликлиника № 17» неслучайно, ведь сложности, возникающие при прохождении персоналом периодических медицинских осмотров, давно стали краеугольным камнем. Ослабление контроля, отсутствие мотивации у сотрудников для прохождения медосмотров, отсутствие или несвоевременное предоставление медицинских книжек, нарушение сроков, несовершенство маршрутизации, отсутствие четкого алгоритма при сдаче материала или проведении обследований, – все это мешало решению вопроса. Благодаря грамотным административным решениям удалось добиться сокращения сроков прохождения медосмотров, стандартизировать оформление личных медицинских книжек, повысить заинтересованность персонала. Ведь периодические медосмотры нужны не только чтобы обезопасить окружающих при выявленных заболеваниях. Именно так можно выявить профессиональные заболевания, назначить профилактические мероприятия или своевременное лечение. А здоровье медицинских работников всегда должно быть в приоритете!

В этом году призер 1 Регионального конкурса проектов, **Фалалеев О.А.**, старший фельдшер ГБУЗ ТО «Областная больница № 15» (с. Нижняя Тавда) решил взяться за тему «Логистика забора и транспортировки биологических материалов из структурных подразделений». Сложности, связанные с транспортировкой в районную больницу биоматериала, забранного в условиях ФАП, участковых больниц или врачебных амбулаторий, возникали из-за отсутствия или несовершенства графика, отсутствия транспорта, стандарта по забору биоматериала с последующей транспортировкой. Конечно, больше всего от этого приходилось страдать пациентам или фельдшеру ФАП, который самостоятельно доставлял анализы в лабораторию больницы. Да и добираться самостоятельно в районную больницу из населенных пунктов дальностью от 12 до 90 км по несколько раз в неделю/месяц не каждому пациенту по карману. Обследование диспансерных групп населения также оставляло желать лучшего. Стандартиза-

ция процессов, структуризация и упорядочение графиков логистики позволили решить поставленные в проекте задачи. В выигрыше остались все.

«Оптимизация ЭКГ-диагностики в стационарных отделениях по назначению врача перед медицинским вмешательством» – проект **Бабаевой Г.И.**, старшей медсестры отделения ультразвуковой и функциональной диагностики ГАУЗ ТО «МКМЦ «Медицинский город». Проблемы, стоящие перед командой, заключались в длительном ожидании пациентов, отсутствии возможности выполнить ЭКГ в стационаре в выходные и праздничные дни, длительность выполнения процедуры из-за загруженности медсестры функциональной диагностики в других отделениях стационара и т.д. Все это могло повлечь срыв планового хирургического вмешательства или специальной противоопухолевой терапии. Когда команда обозначила основные проблемы, были найдены и пути решения: упорядочена передача аппарата ЭКГ между отделениями, сформирован журнал передачи аппарата внутри подразделений стационара в формате 24/7, медсестры стационара были обучены технике регистрации электрокардиографии.

Целью последнего, представляемого в конкурсном марафоне, проекта «Гипертония, стоп или «Я – дежурный по здоровью», докладчиком которого была **Муратова Н.А.**, старшая медсестра детского поликлинического профилактического отделения ГАУЗ ТО «Городская поликлиника № 13», стала популяризация здорового образа жизни и внедрение профилактики среди школьников. При регулярном контроле АД у школьников были выявлены случаи повышенного давления у 117 человек (10,6%). Неосведомленность родителей о профилактике, отсутствие углубленного подхода к профилактической работе, отсутствие уроков по ЗОЖ, Школ здоровья для школьников и еще ряд проблем стояли перед командой. После проведения кастинга среди старшеклассников были выбраны 2 девушки-волонтера, которые, пройдя обучение, самостоятельно проводили тренинги и мастер-классы, обучали технике измерения АД, рассказывали о факторах риска, призы-

вали ребят контролировать дома здоровье родителей, бабушек, дедушек.

Оба конкурсных дня прошли буквально на одном дыхании. Несмотря на то, что отдельные проекты еще требуют небольшой доработки, большинство из них достойны тиражирования в других организациях. Итоговое резюме команды экспертов говорило само за себя. **Скочина М.В.** поблагодарила за привлечение представителей Департамента здравоохранения, потому что масштаб проектной работы, выполняемой медицинскими сестрами, потрясает. Им удастся не просто видеть проблемы, но и решать их, улучшать наше здравоохранение. Слушая доклады, удалось увидеть звезд с такими светлыми умами, чутким сердцем, которые могут это все реализовать.

Швецова Н.С. особенно выделила главных сестер, участвующих в проектной деятельности, – несмотря на огромную загруженность, им удается решать поставленные задачи с высокой эффективностью, глубоко вникая в суть.

Аганова Ю.В. подчеркнула, что при такой колоссальной работе, которая была проведена конкурсантами, сложно распределять места и выделять победителей. Медсестра – не вспомогательный специалист, и участники конкурса доказали в своих проектах, что все возможно!

Куликова Р.М. подытожила, что самая главная наша миссия – возможность что-то изменить в нашей профессии и в здравоохранении в целом, чтобы помочь пациентам.

13 декабря на базе ОКБ № 2 состоялось награждение авторов проектов-победителей, в число которых вошли:

- **1 место – Матушкина Т.Г.**, главная медсестра ГБУЗ ТО «Областная больница № 23» (г. Ялуторовск);
- **2 место – Антонова Е.Б.**, операционная медсестра ангиографического кабинета ГБУЗ ТО «Областная больница № 3» (г. Тобольск);
- **3 место – Шульдешова Т.В.**, главная медсестра ГБУЗ ТО «Областная больница № 9» (с. Вагай).

Награды конкурсантам вручал заместитель директора ДЗ ТО А.Г. Немков. Проектная работа, в которой медицинские сестры настолько преуспели, будет продолжаться и далее.

Vivat, медицинские сестры! Vivat, Конкурс сестринских проектов!

СЧАСТЬЕ ВЕСОМ В ПОЛКИЛО

БЛАГОДАря ЧЕМу НЕДОНОШЕННЫЕ ДЕТИ ПОЛУЧАЮТ ШАНС НА ЖИЗНЬ.



**Светлана Александровна
АНДРЕЕВА**

Исполнительный директор
АРОО «ПСА», Астраханская область

Всему свое время

«Всему своё время, и время всякой вещи под небом...», сказано в Библии. А это значит, что у каждого дела на земле, у каждого явления, процесса, события есть свои природные ритмы и сроки. И как нельзя лучше это высказывание подходит к появлению на свет новой жизни.

Для полноценного формирования ребенка в утробе матери необходимо 9 месяцев. Ни один день из этого промежутка времени не будет лишним. Однако бывает так, что малыш торопится появиться на свет, времени вырасти и окрепнуть ему не хватает. И на свет он появляется слабым и беззащитным.

Происшествие случилось – надо помогать

Преждевременные роды врачи сопоставляют с дорожно-транспортным происшествием, где есть пострадавшие, которым необходимо оказать помощь. Когда в реанимации новорожденных раздается телефонный звонок, врач анестезиолог-реаниматолог уже знает, что какой-то малыш спешит родиться, и при этом очень нуждается в помощи профессионалов.

В считанные секунды команда специалистов – спасателей для маленького человечка – уже в операционной. Акушеры помогают родиться малышу, который не захотел больше сидеть в животе у мамы и решил срочно поки-



нуть утробу. Малыш не подозревает, что он попадет в огромный мир, где ему придется длительное время бороться за свою жизнь.

Но вот он, родился! Очень маленький, словно голубь на ладонях. Его ждет новое гнездышко – теплое ложе большого кувеза. Работа врачей и медицинских сестер не прекращается ни на минуту: трубка в рот, чтобы ребенок мог дышать, катетеры в вены, чтобы доставить спасительное лекарственное средство в легкие, потому что они не успели «созреть».

С чего начиналась неонатология в России

Родильный дом ГКБ № 13 на улице Шарикоподшипниковской (ранее роддом № 15) города Москвы стал первым в СССР медицинским учреждением, которое с 1937 года начало заниматься проблемой преждевременных родов. Вкупе с роддомом над выживанием недоношенных детей работала 10-я детская городская больница.

Вопрос о проведении новорожденным реанимационных мероприятий начали обсуждать в середине 70-х годов. Специалисты не могли прийти к единому решению, кто этим должен

заниматься – акушер, педиатр или анестезиолог?

Наблюдая отсутствие единого суждения по этому вопросу, академик Галина Михайловна Савельева праведно заметила, что любой медицинский специалист, находящийся по долгу службы в родильном зале, должен владеть навыками реанимации новорожденного.

Постепенно чаша весов оказания реанимационной помощи новорожденным перевесила в пользу неонатологов. Этим переменам в 1975 году способствовало создание отделения реанимации и интенсивной терапии новорожденных.

Многие технологии реанимационной помощи новорожденным середины прошлого столетия сегодня выглядят неосмысленными, обладающими массой недостатков, одно из которых – недостаточная доказательность. Но при всем при этом это была важная веха в развитии интенсивной терапии новорожденным детям.

«Сила» перинатального центра

В далекие времена Советского Союза дети весом меньше 1000 граммов не считались живорожденными. Но если ребенку каким-то чудом удава-

лось прожить 7 дней, ему выписывали документы.

В Российской Федерации с 2012 года действует приказ Минздрава «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «неонатология», согласно которому новорожденным на сроке более 22 недель с весом более 500 грамм должен быть оказан весь спектр необходимой помощи, включая специализированную медицинскую помощь.

Сейчас маловесные дети – полноправные члены общества, и у каждого 500-граммового малыша есть свидетельство о рождении.

В настоящее время в России функционируют 98 перинатальных центров, в том числе 58 самостоятельных и 40 в составе многопрофильных больниц.

В городе Астрахани в составе ГБУЗ АО «Александро-Мариинская областная клиническая больница» действует Областной перинатальный центр. О работе Центра рассказала Екатерина Николаевна Нуждина, главная акушерка учреждения;



– В перинатальный центр направляются женщины с высоким риском перинатальной и материнской смертности со всей Астраханской области, что позволяет снизить смертность среди детей первых дней жизни.

Оказание медицинской помощи новорожденному начинается задолго до его появления на свет. К ведению проблемной беременности подключаются специалисты-неонатологи и реаниматологи.

В Центре проходит около 3500–4000 родов в год, из которых 90% – это роды с высокой степенью перинатального риска и с экстрагенитальной патологией.

Структура неонатологического стационара представлена отделением новорожденных, отделением патологии новорожденных и недоношенных детей (II этап выхаживания), отделением реанимации и интенсивной терапии № 2 (новорожденных), – все уровни медицинской помощи существуют и действуют слаженно, как один механизм. Врачи и медицинские сестры обладают огромным опытом



выхаживания недоношенных с низкой и экстремально низкой массой тела.

В перинатальном центре Александро-Мариинской областной клинической больницы за 9 месяцев 2022 года родилось 2543 ребенка, 190 деток недоношенных, из них 23 ребенка с экстремально низкой массой тела (весом от 500 грамм до 1 килограмма).

Главная «сила» перинатального центра заключается в том, что все необходимые виды помощи маме и малышу оказывают под одной крышей.

Перинатальный центр – это медицинское учреждение более широкой направленности

– В нашем перинатальном Центре созданы все условия для выхаживания маловесных детей, – продолжила свой рассказ Екатерина Нуждина.

Отделение реанимации и интенсивной терапии № 2 (новорожденных), куда поступают «торопыжки», рассчитано на 16 коек. Все недоношенные детки пока не достигнут определенного веса, выхаживаются в кувезе, в котором созданы специальные условия, имитирующие среду внутриутробного развития: температура, влажность, доступ кислорода, приглушенное освещение и звуки.

В условиях реанимации врачи и медицинские сестры выхаживают детей массой в 500 граммов и даже ниже. В практике Центра был случай выхаживания малыша, который родился с массой тела всего 470 граммов.

Отличие перинатального центра от роддома в том, что медицинские специалисты занимаются не только родоразрешением, но и проблемами зачатия, вынашивания и послеродового наблюдения.

В Астраханский перинатальный центр направляются женщины, у которых в прошлом несколько беременностей заканчивалось выкидышами, пары, у которых проблемы с зачатием, женщины с осложненной беременностью, несущей угрозу их жизни и здоровью ребенка. Также в перинатальный центр направляются женщины, ожидающие появления сразу нескольких малышей, поскольку велик риск того, что детки будут иметь низкую массу тела при рождении.

Центр выживания

Отделение реанимации и интенсивной терапии № 2 (новорожденных).

Коридор отделения и днем и ночью ярко освещен. По обе стороны коридора – боксы, в которых почти всегда опущены жалюзи и выключено освещение, так как для глаз недоношенных детей резкий свет катастрофически вреден. В прозрачных домиках-кувезах с условиями, максимально приближенными к тем, что были в утробе матери, лежат детки, крошечные, как куколочки.

Эмоции заполняют все сознание, когда видишь недоношенных детей впервые. Ребенок в одном из боксов при поступлении весил всего 800 граммов, а сейчас уже 1200, но все равно разме-



ром напоминает детскую куклолку. К пятке этой «куколлки» прикреплен датчик с красной лампочкой, и этот свет насквозь просвечивает крохотную ножку младенца. И это не единственный датчик, их на нем много – на руке, на животе, в носу.

У человека, который не работает с такими пациентами, в голове не укладывается, как можно поставить катетер в вены, которых вообще не видно, как вообще можно взять эту кроху в руки, не повредив ему что-нибудь.

Но вот пришла медицинская сестра Наталья Александровна Константинова и открыла кувез.



– Ты мой милый мальчик, давай менять штанишки! – с огромной теплотой в голосе произнесла Наталья и сняла с малыша малюсенький памперс, который ему все равно был велик. Кстати говоря, сейчас продается одежда крошечных размеров, подгузники и пустышки, которые непосвященным кажутся предназначенными

для кукол, но на самом деле они для самых настоящих детей.

Влажными салфетками медсестра работала тоненькую кожу ребенка, смазала кремом, надела новый памперс, ножки поместила в теплые шерстяные носочки, укрыла крошечным вязаным пледом, а кувез сверху накрыла попоном – хлопковым покрывалом.

– Вот, теперь спи! – едва слышно сказала сестричка.

Наталья Александровна работает в отделении детской реанимации уже 27 лет.

– По первости я боялась их даже в руки брать – такие они малюсенькие. Нелегко было привыкнуть и к тому, что в любой момент с ними может что-то случиться.

– А мне очень нравится разговаривать с нашими детками, – улыбаясь, в разговор вступила вторая медицинская сестра – Екатерина Васильевна Николаева. – Ребенок, который уже немного набирает вес, очень забавный. У него проявляется характер, и уже видишь, что ему нравится, а что нет.

Работаем мы с графиком день, ночь, два дня дома. Казалось бы, удобный

график, но за дежурство мы так выкладываемся, что потом два дня приходим в себя. Во время обеда по очереди отлучаемся в комнату для персонала и быстро перекусываем. О сне ночью и речи не может идти – от наших пациентов нельзя отходить ни на минуту. Но, несмотря на трудности, ни у одной медицинской сестры, работающей в отделении реанимации и интенсивной терапии № 2 (новорожденных), никогда не было желания все бросить и уйти из профессии.

Недоношенный ребенок – не приговор для семьи

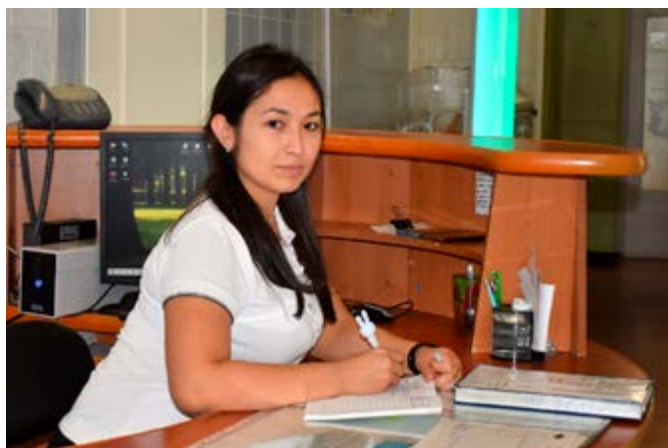
В каждой здоровой семье время ожидания малыша – особое. Семейная пара много раз представляет себе, каким будет их ребеночек. В мечтах каждого дети разные, но в подсознании родители видят одинаково – розовощекого здорового малыша. Но может случиться непредвиденное...

В рождении недоношенного ребенка женщина, как правило, винит себя, и эти гнетущие мысли погружают ее в депрессию. Женщина постепенно отгораживается и перестает допускать к своим переживаниям близких людей.

– Дети, рожденные раньше срока, очень долго ощущают себя внутри мамы. У них существует очень сильная связь, поэтому все манипуляции желательнее проводить в присутствии матери, – говорит Екатерина Николаевна Нуждина. – Да и самим мамам нужна большая психологическая поддержка, не только со стороны медицинского персонала, но и мужа.

А мужа реагируют по-разному. Некоторые начинают обвинять супругу,





другие падают в обморок при виде «красного комочка». Есть и такие, кто вообще перестает приходить к женщине. Многие мамы тоже не готовы к такой жизненной ситуации – психологической яме. И это нормальная реакция на стресс, справиться с которой помогает наш перинатальный психолог Эллада Валерьевна Якушева. Специалист старается вывести супругов из подавленного эмоционального состояния, так как ребенку нужны сильные любящие родители.

Мама и папа – лучшее лекарство

В три часа дня в отделение реанимации разрешено приходить родителям. На общение с детьми им отводится два часа.

– С теми детьми, которых разрешено брать на руки, практикуется метод «кенгуру», – объясняет главная акушерка. – Мама или папа надевают свободную, расстегивающуюся спереди одежду, а на ребенка надевают подгузник и шапочку. Малыш помещается на груди у родителя, и одежда застегивается, чтобы ребенку было тепло. Температура ребенка контролируется мониторами.

У малыша, который слышит голос родителя и чувствует его тепло, выравнивается дыхание, правильным и стабильным становится сердцебиение и соответственно насыщение крови кислородом.

А вот грудное вскармливание почти для всех наших пациентов заменено на зондовое питание – сосать недоношенным детям еще очень трудно, поэтому врачи берегут их энергию, которая так необходима для роста и поддержания работы организма.

28 петель тепла

Малюсенькие носочки, миниатюрные жилеточки, шапочки и пледики, размером чуть больше столовой салфетки... Нет, эти вещи не куклам, они для слабых, незащищенных, требующих особого ухода и заботе недоношенных деток.

Именно для таких малышей вяжут согревающую одежду «нулевого размера» – на 28 петелек равнодушные женщины из астраханского клуба «28 петель». Основное требование к пряже – натуральная шерсть жесткая и колючая, и при прикосновении к коже младенца происходит микромассаж, благодаря этому улучшается циркуляция крови, стимулируется двигательная активность ребенка. Это помогает ему постоянно находиться в тонусе и служит некоторой профилактикой остановки дыхания.

Вязаная одежда позволяет выхаживать ребеночка «тактильно», – говорит Екатерина Николаевна Нуждина. –

Вещи, связанные из натуральной шерсти, это своего рода теплоносители, и ребенок в таких одежках тратит энергию на рост и развитие, а не на то, чтобы обогреться.

Кроме крошечных вещей волонтеры вяжут осьминожек или другие похожие игрушки. Самое главное, чтобы у этих игрушек были длинные, мягкие щупальца, которые напоминают ребенку пуповину. Хватаясь ручонками за «родное», ребенок чувствует защищенность, которая была в утробе матери. Это помогает малышу успокоиться – он ведет себя менее взволнованно: спокойно лежит, спокойно дышит, не выдергивает зонд и трубочки от датчиков. Вязаные осьминожки являются для недоношенных детей не просто игрушкой, а важным терапевтическим помощником.

Подытоживая написанное, хочется отметить, что квалифицированная помощь врачей и медицинских сестер, каждая петелька одежды для недоношенных крох пропитана заботой и любовью и помогает им быстрее восстановиться!



КАК СИСТЕМАТИЗИРОВАТЬ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ОРГАНИЗАЦИИ ПО УЧЕТУ РАБОТЫ МЕДИЦИНСКОГО ОБОРУДОВАНИЯ

ОПЫТОМ ДЕЛЯТСЯ СПЕЦИАЛИСТЫ ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ № 2, г. ТЮМЕНЬ



Евгения Артуровна ХАЙРУЛИНА
Главная медицинская сестра
ГБУЗ ТО «ОКБ № 2», председатель
специализированной секции
«Молодые специалисты» ТРОО ТОПСА

«Областная клиническая больница № 2» Тюменской области (ГБУЗ ТО «ОКБ № 2») – одно из крупнейших учреждений здравоохранения региона, оснащенное по самым высоким мировым стандартам. В его структуру входят два многопрофильных стационара (взрослый и детский) с приемными отделениями и травматологическими пунктами, а также три поликлиники – взрослая, детская и единственная на юге Тюменской области специализированная травматологическая. На базе больницы функционируют Областной травматолого-ортопедический и Региональный сосудистый центры. Особенностью учреждения является выполнение функций областной больницы в сочетании с оказанием амбулаторно-поликлинической помощи населению по территориальному принципу и оказание экстренной и неотложной медицинской помощи для жителей г. Тюмени и Тюменского района.

Квалифицированную специализированную медицинскую помощь в клинике оказывают по 43 врачебным специальностям (офтальмология, отоларингология, неврология, урология, эндокринология, токсикология и т.д.). По 18 из них – в круглосуточном режиме. ГБУЗ «ОКБ № 2» – единственное учреждение в Тюмени, оказывающее

экстренную медицинскую помощь по травматологическому и нейрохирургическому профилям, челюстно-лицевой хирургии. Фактически клиника выполняет функции больницы скорой медицинской помощи и единственная в Тюмени принимает пострадавших во время катастроф.

Коллектив ГБУЗ ТО «ОКБ № 2» насчитывает около 700 врачей и свыше 1000 средних медицинских работников. Бесспорно, опыт и квалификация медицинских работников, их профессиональная подготовка имеют решающее значение для оказания качественной медицинской помощи. Однако наряду с компетентностью медперсонала возможности для восстановления здоровья людей, продления активной созидательной жизни дает современное диагностическое и лечебное оборудование. Крайне важно поддерживать медицинскую технику в исправном рабочем состоянии, поскольку это сказывается на качестве и безопасности оказания медицинской помощи, а также на оперативности лечения и скорости выздоровления пациента.

По мере развития и цифровизации здравоохранения медицинского оборудования в больнице становится все больше, при этом нарастает доля сложной высокотехнологичной техники. В такой ситуации назрела необходимость пересмотра существующих подходов управления материально-технической базой клиники, особенно в части технического обслуживания аппаратуры с целью поддержания ее исправности при регулярной эксплуатации.

Работу в этом направлении сестринский коллектив ГБУЗ ТО «ОКБ № 2» начал с формирования рабочей группы (главная медицинская сестра, старшие медицинские сестры, главный инженер, медицинские техники) и проведения аудита текущего состоя-

ния медицинской техники, документации, алгоритмов взаимодействия лиц и служб, ответственных за поддержание медоборудования в рабочем состоянии.

Аудит проводили инженер по оборудованию, старшая медицинская сестра взрослого и детского стационара, совместно со специалистами службы контроля качества и безопасности медицинской деятельности. Общий процент показателей проведенного аудита по оцениваемым критериям в среднем составил 54 %. В некоторых структурных подразделениях процент показателей проведенного аудита не превысил 30 %.

Аудит выявил следующие недостатки:

- несвоевременность технического обслуживания медицинского оборудования;
- несвоевременность метрологического контроля по медицинскому оборудованию и приборам;
- несоответствие фактического наличия медицинского оборудования бухгалтерской ведомости;
- отсутствие документационной базы по каждой единице оборудования (регистрационных удостоверений, сертификатов соответствия на ряд позиций оборудования и приборов);
- отсутствие четкого алгоритма взаимодействия между старшей медицинской сестрой, медицинским техником и главным инженером для оперативного устранения технических неполадок и ремонта;
- отсутствие регламентированной и оперативной обратной связи от медицинских техников или других контрагентов о стадии выполнения заявки или ходе ремонтных работ;
- потери рабочего времени старших медицинских сестер на со-

гласование ремонта (ТО), ожидание ремонта оборудования.

РЕШЕНО: в рамках внутреннего пилотного проекта автоматизировать процесс обслуживания медицинского оборудования в ГБУЗ ТО «ОКБ № 2» с применением информационной системы KITACTIVE.

KITACTIVE – цифровая система обслуживания медоборудования для сокращения расходов на обслуживание медтехники, продление срока ее службы, снижения рисков через повышение доли планового технического обслуживания и качественного учета жизненного цикла медицинских активов.

ЦЕЛЬ ПРОЕКТА: увеличить срок эксплуатации медицинского оборудования и одновременно путем принятия превентивных мер снизить финансовые затраты на ремонт медтехники и покупку запчастей для нее.

Задачи проекта

Минимизировать затраты времени старшей медицинской сестры на оформление заявки на ремонт, техническое обслуживание медицинского оборудования и приборов.

Создать единую базу данных медицинских приборов учреждения для оперативного контроля за техническим состоянием оборудования и планомерной работы по техническому обслуживанию, эффективного отслеживания жизненного цикла всех активов (оборудование, комплектующие, запчасти).

Внедрить электронный учет всей технической документации каждой единицы оборудования как обязательной составляющей единой базы данных.

Ускорить процесс устранения неисправностей за счет своевременного оповещения о неполадках в работе оборудования.

Обеспечить продуктивное и оперативное взаимодействие старших медицинских сестер и контрагентов (медицинские техники, другие организации, выполняющие обслуживание).

Повысить удовлетворенность персонала и пациентов.

Реализация проекта

Старт внедрению проекта в ГБУЗ ТО «ОКБ № 2» был дан дистанционным обучением рабочей группы проекта, которое провела команда разработчиков информационной системы KITACTIVE. С одной стороны, теоретическая подготовка вдохновила персонал перспективой решения наиболее проблем. С другой, ввиду новизны информации зародила сомнения в эффективности создаваемой системы контроля и учета работы с медоборудованием. Однако энтузиазм сотрудников это не сломило.

Сразу по завершении лекций каждая старшая медицинская сестра оформила учетный профиль в системе KITACTIVE (с индивидуальным логином и паролем, отображением Ф.И.О., должности, контактов и перечнем подотчетного оборудования).

Вторым этапом стало приведение бухгалтерской ведомости в соответствие фактически имеющимся активам. В единую базу данных было внесено более 6500 единиц медицинского оборудования и приборов. В карточке по каждой единице содержится следующая информация:

- наименование прибора и его инвентарный номер;



Наименование актива	МОД	Статус	Локация
Аппарат искусственной вентиляции легких ZOLL LIFE MV200 GN-32452	Данн. Д.	Работает	
Наружный аппарат Medway XA70 EX-68 TD-32	Данн. Д.	Работает	
Кровокомпрессор SMI Оруженск пс NC-86 TB-32523	Данн. Д.	Работает	
Дефибрилятор ПО УОМЗ ДРП-1 20091	Данн. Д.	Работает	
Аппарат искусственной вентиляции легких O2 O Тримет Электроникс MB200 Заслайн ME 92	Данн. Д.	Работает	
Оптический послеоперационный насосный ООД Эпика Н Эпика Н ПР01 1528	Данн. Д.	Работает	
Электрокардиограф с принадлежностями ООД Карден/Тейл Карден-Н1 353	Данн. Д.	Работает	
Монитор пациента с принадлежностями Medway Medway RD-V07678V	Данн. Д.	Работает	
Ультразвуковая система ULTRASONIX BetaSP RS-452	Данн. Д.	Работает	

- даты ввода в эксплуатацию, последнего метрологического контроля, планового технического осмотра;
- регистрационные удостоверения, сертификаты;
- инструкция по применению;
- руководство по эксплуатации.

Эта скрупулезная работа отняла много сил и времени, ввиду чего породила немало сомнений среди старших медицинских сестер – будет ли работать должным образом система, насколько окажется удобной и оперативной, поможет ли ускорить ремонт оборудования и предотвратить его поломки.

Дальнейшая работа в системе устранила все опасения медперсонала. Удобство пользования сервисом подтвердилось на практике.

Работа в системе KИTACTIVE строится следующим образом. При поломке оборудования или сбоях в работе техники ответственный сотрудник формирует заявку на ремонт в KИTACTIVE с помощью графического интерфейса пользователя. Нажимает кнопку «Заявка» и в появившемся окне заполняет все поля, комплексно описывая проблему, после чего нажатием одной кнопки направляет ее медицинскому технику. Инцидент тут же отображается в системе.

По завершении процедуры создания заявки открывается диалоговое окно, в котором отображается вся история созданных и отправленных заявок. В режиме online сотрудник имеет возможность контролировать работу по заявке. Для этого ему следует зайти на страницу инцидентов, на которой отображаются все заявки, созданные данным пользователем с возможностью фильтра: все, открытые, закрытые. Также старшая медицинская сестра или главный инженер может просмотреть статус инцидента, историю изменений и исполнителя, выбрав нужную заявку из общего списка. Единая система отчетов экономит время персонала и позволяет быть всегда в курсе состояния активов.

Еще одно преимущество системы KИTACTIVE – наличие ее мобильной

версии и возможность синхронизации работы приложения с персональным компьютером. Ввиду напряженной динамики трудового дня старшей медицинской сестры эта опция способствует максимально рациональному использованию рабочего времени, успешному и своевременному решению всех рабочих задач.

На каждый медицинский прибор был нанесен индивидуальный QR-код. Посредством их считывания с помощью мобильного телефона старшая медицинская сестра может оперативно, не откладывая до возвращения в свой рабочий кабинет к персональному компьютеру, оформить заявку на ремонт или внеочередное техническое обслуживание техники.

Для большего удобства в мобильной версии предусмотрена возможность голосового описания поломки (инцидента). Точно также заявка незамедлительно отображается в системе и доступна к просмотру как на мобильном телефоне, так и на персональном компьютере. Мобильная версия системы KИTACTIVE очень удобна и проста в использовании, но тем не менее продолжает совершенствоваться с учетом потребностей и пожеланий старших медицинских сестер.

Первые результаты проекта

С внедрением информационной системы KИTACTIVE исчезли проблемы с метрологическим контролем. Если раньше старшие медицинские сестры были вынуждены в ручном режиме проверять множество единиц оборудования, формировать списки приборов к проверке и передавать их ответственному специалисту, то теперь эта работа проводится в цифровом формате, что значительно экономит время, позволяет работать планомерно и исключает влияние человеческого фактора. В прошлом остались случаи несвоевременной метрологической проверки из-за утери списков приборов на бумажном носителе.

Сейчас в системе KИTACTIVE автоматически отображается полный список

подлежащего метрологическому контролю оборудования, формируется план контроля (с конкретными датами по каждому прибору и отчетным файлом с заключением о проведении периодической поверке медицинского оборудования и приборов).

Еще один важный аспект – информационная система позволяет проанализировать состояние медицинского оборудования как в целом, так и по отдельным критериям, таким как:

- эффективность технических сервисов обслуживания медицинского оборудования;
- количество положительно решенных инцидентов;
- качество ремонтных работ;
- активность работы медицинских техников;
- часто ломающееся оборудование.

Большинство отчетов в системе KИTACTIVE дополнены диаграммами и графиками, благодаря которым визуализируется динамика роста/спада по заданным показателям.

Выводы

Контрольный аудит после внедрения и апробации информационной системы KИTACTIVE показал объективное улучшение. Ряд показателей возрос до 100% – таких как сроки и качество ремонтных работ, системность работы по обслуживанию медицинской техники, простота и удобство оформления заявки на ремонт или техническое обслуживание. Полное отсутствие бумажной волокиты и оперативное решение инцидентов старшие медицинские сестры назвали главным достижением работы по внедрению информационной системы KИTACTIVE, поскольку это позволило высвободить время для решения других производственных задач, а значит, обеспечить полноценную работу медицинского учреждения, качественное и своевременное оказание медицинской помощи пациентам ГБУЗ ТО «ОКБ № 2». Это немаловажно с учетом того, что ежегодно в стационарах клиники лечение получают порядка 43 тыс. пациентов, в амбулаторных подразделениях фиксируется свыше 1 млн посещений, а в приемные отделения больницы обращаются больше 260 тыс. человек – практически каждый третий житель Тюмени.

С внедрением KИTACTIVE в прошлом остались случаи несвоевременной метрологической проверки из-за утери списков приборов на бумажном носителе.

Можно ли сократить время на обеззараживание воздуха?

Вопрос от старшей медсестры оперблока. В нашем оперблоке есть несколько экстренных операционных, в которых установлены рециркуляторы. После окончания операции мы проводим уборку, дезинфицируем поверхности и оборудование. Чтобы обеспечить обеззараживание воздуха рециркуляторы согласно прилагаемым инструкциям должны отработать целый час. В условиях экстренной хирургии это очень долго. Можно ли как-то сократить время на обработку, не устанавливая при этом открытые облучатели в каждом помещении? Какое оборудование посоветуете приобрести?

Действительно, в медицинских организациях нередко возникают ситуации, когда нужно быстро и оперативно подготовить помещение к работе, выполнив обеззараживание воздуха и поверхностей. Особенно остро такая потребность время от времени появляется:

- в операционных, когда завершилось одно вмешательство, а на очереди уже следующий «экстренный» пациент;
- в приемных отделениях и врачебных кабинетах, когда при осмотре больного было заподозрено инфекционное заболевание, а прием пациентов нужно продолжать;
- в палатных отделениях, в том числе в родильных домах, когда палату освобождают и нужно срочно разместить в ней вновь поступивших пациентов;
- в изоляторах и боксах, когда требуется оперативно провести заключительную очаговую дезинфекцию.

Одним из современных методов экстренной одномоментной дезинфекционной обработки воздуха и поверхностей в медучреждениях является использование мощных передвижных открытых ультрафиолетовых облучателей, например, установки «ДЕЗАР-ОМЕГА-КРОНТ» (см. рисунок 1).

«ДЕЗАР-ОМЕГА-КРОНТ» обеспечивает обеззараживание объектов в соответствии с требованиями СП 2.1.3678–20 и Руководства Р 3.5.1904–04. Поток ультрафиолетового излучения от бактерицидных ламп распространяется по всему помещению, за счет чего происходит эффективное обеззараживание как воздуха, так и поверхностей, включая находящиеся на них предметы.

Отличительной особенностью такого оборудования является то, что встроенные в него ультрафиолетовые бактерицидные лампы генерируют излучение с длиной волны 253,7 нм. Это обеспечивает максимальный бактерицидный эффект и позволяет бороться с возбудителями инфекций, связанных с оказанием

медицинской помощи. Исследования подтверждают, что при эксплуатации установки «ДЕЗАР-ОМЕГА-КРОНТ» в радиусе 4 метров наблюдается гибель 100% микроорганизмов, включая сальмонеллы, синегнойную палочку, золотистый стафилококк, микобактерии туберкулеза.

К другим существенным преимуществам «ДЕЗАР-ОМЕГА-КРОНТ» перед стандартными бактерицидными облучателями относят небольшую временную продолжительность обработки. Так, для обеззараживания помещения площадью до 45 квадратных метров с эффективностью 99,9% требуется всего 7 минут. Существуют и дополнительные режимы, за счет которых оборудование способно дезинфицировать воздух и поверхности в помещениях значительного объема (до 200 квадратных метров). При этом время обработки составит 12–20 минут.

Гарантия проведения процесса дезинфекции с заданной эффективностью 99,9% обеспечивается встроенным микропроцессором, который непрерывно отслеживает исправность каждой из 8 ламп, электронно-пускорегулирующих аппаратов, счетчиков часов и сеансов обеззараживания.

Установка «ДЕЗАР-ОМЕГА-КРОНТ» проста в эксплуатации и обслуживании, компактна и снабжена четырьмя поворотными колесными опорами, две из которых оснащены тормозом. За счет мобильности аппаратуру можно установить в той части помещения, где имеются максимальные риски контаминации объектов возбудителями инфекций. Например, в операционном зале расположить установку рядом с операционным столом, в палате интенсивной терапии – рядом с объектами, которые находились в непосредственной близости с больным.

Вес оборудования небольшой, всего 35 кг, что позволяет медицинской сестре без посторонней помощи и физических усилий перемещать установку из одного помещения в другое, если необходимо последовательно выполнить обработку в нескольких подразделениях клиники.

Описываемая технология очень экономична. Ресурс работы ламп в составе установки «ДЕЗАР-ОМЕГА-КРОНТ» – не менее 9000 часов. Этого достаточно, чтобы выполнить более 77 тысяч стандартных циклов обработки воздуха и поверхностей в помещениях.

При эксплуатации «ДЕЗАР-ОМЕГА-КРОНТ» необходимо неукоснительно соблюдать технику безопасности. Установка работает только в автоматическом режиме и исключительно в отсутствие людей. Оборудование оснащено



функцией отложенного старта. При нажатии кнопки запуска цикла обработки на 30 секунд включается встроенное речевое оповещение, которое информирует окружающих о необходимости покинуть помещение. По окончании сеанса дезинфекции установка автоматически отключается, а на панели управления загорается индикатор «Дезинфекция проведена». В течение 5 секунд подается звуковой сигнал о завершении работы оборудования.

Установка «ДЕЗАР-ОМЕГА-КРОНТ» работает за счет безозоновых ламп. Колбы ламп выполнены из специального увиолевого стекла, которое обладает высоким коэффициентом пропускания бактерицидных ультрафиолетовых лучей в окружающее пространство, но при этом поглощает излучение с длиной волны менее 200 нм, за счет которого образуется озон. Таким образом, после сеанса обеззараживания не требуется проветривание, чтобы удалить озон, способный негативно влиять на здоровье персонала и пациентов. Это особенно важно при создании безопасных условий в помещениях класса чистоты А, проветривать которые запрещено.

Не следует путать описанную технологию с импульсными ксеноновыми ультрафиолетовыми установками. Последние, к сожалению, проигрывают по ряду критериев. В частности, при работе ксеноновых ламп в воздухе обрабатываемого помещения возможно появление озона. Кроме того, согласно отдельным исследованиям, эффективное обеззараживание поверхностей производится в радиусе 2 метров. При этом стоимость импульсных ксеноновых ультрафиолетовых установок значительно выше, чем оборудования с классическими ультрафиолетовыми лампами.

Е.В. Дубель,
канд. мед. наук,
врач-эпидемиолог,
врач-дезинфектолог

БЕЗОПАСНАЯ БОЛЬНИЧНАЯ СРЕДА

РОЛЬ АКУШЕРКИ В ПРЕОДОЛЕНИИ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ РИСКОВ



Татьяна Викторовна САИТОВА
Главная акушерка перинатального центра БУЗОО «Областная клиническая больница», председатель специализированной секции ОПСА «Акушерское дело», г. Омск

Профессиональный риск – это вероятность причинения вреда здоровью при воздействии на работников вредных и опасных производственных факторов.

С 1 марта 2022 года в главу 36 «Управление охраной труда» Трудового кодекса РФ добавлена статья 218 «Профессиональные риски», на основании которой **на рабочих местах должны проводиться системные мероприятия, связанные с выявлением опасностей, оценкой и снижением уровней профессиональных рисков.**

Понятие «профессиональный риск» и «безопасная больничная среда» тождественны друг другу. Безопасная больничная среда объединяет интересы пациента и медицинского работника и обеспечивает им условия комфорта и безопасности. Медицинскому персоналу безопасная больничная среда обеспечивает отсутствие рисков профессиональных заболеваний и сохранение здоровья, т.е. отсутствие профессиональных рисков.

Безопасность пациента – комплекс мероприятий, направленных на предотвращение нежелательных событий и последствий при оказании пациентам медицинской помощи, гарантирующих им скорейшее выздоровление и реабилитацию.

Профессиональные риски существуют практически в любой профессии, и акушерская практика не является исключением, а причисление условий

труда акушерок к вредным условиям труда 2 степени, подкласс 3.2, доказывает это.

Профессиональный риск тесно связан с:

- условиями труда трудового процесса;
- биологическим состоянием человека и его здоровья;
- технологическими и техническими мероприятиями.

Правила организации деятельности женской консультации, родильного дома, перинатального центра, штатные нормативы и стандарты оснащения названных подразделений рекомендованы приказом МЗ РФ № 1130н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология».

Санитарно-эпидемиологические требования к условиям труда в медицинских организациях, в том числе учреждений родовспоможения, регламентированы СП 2.2.3670–20, в которых утверждены требования к производственным зданиям, помещениям и сооружениям, к организации технологических процессов и рабочих мест, к санитарно-бытовым помещениям.

Организация условий труда, рабочих мест, распределение объемов работ между акушерскими постами в стационаре, выделение должностей акушерок на должность врача акушера-гинеколога в женской консультации, адекватный анализ тяжести и напряженности труда, механизация технологических процессов снижают влияние факторов трудового процесса, минимизируют вероятность профессиональных рисков в акушерской практике.

Профессиональная компетентность – это одно из условий деятельности акушерки и медицинской сестры. Профессиональный риск пропорционален профессиональной компетентности. Чем выше профессиональная компетентность, тем ниже опасность профессионального риска. И наоборот.

С 1 сентября 2021 года действует профессиональный стандарт «Акушерка», который регламентирует деятельность акушерки, не разделяя трудовые действия, необходимые знания и умения на родовой блок, послеродовое, дородовое отделение, женскую консультацию, кабинет антенатальной охраны плода и другие подразделения, что доказывает приоритетность взаимозаменяемости на рабочих местах, ставит на повестку дня изучение дополнительных дисциплин для возможности работы не только с женщиной, но и ее семьей, развития компетенций по разным направлениям акушерской практики (рис. 1).

Знание трудовых функций, профессиональная компетентность, непрерывное профессиональное развитие, приверженность этическим принципам позволяют исключить ошибки принятия решения при ведении беременности, родов, проведении патронажей, оказании медицинской помощи при различных акушерских состояниях, минимизируя тем самым риски для тяжелых исходов беременности, материнской и перинатальной смертности.

Обеспечивая безопасную больничную среду для пациента, необходимо обеспечить безопасность медицинской деятельности.

Основные разделы медицинской деятельности, в том числе в акушерской практике, содержащие риски, включают:

1. Идентификацию пациентов.
2. Эпидемиологическую безопасность.
3. Лекарственную безопасность.
4. Безопасность при ведении родов.
5. Ведение медицинской документации.

Идентификация личности пациентов – это направление высокого риска, один из важнейших элементов безопасности в медицинской организации.

Оказание медицинской помощи в акушерском стационаре чаще всего бывает этапным. Пациентка находится

в нескольких его подразделениях – приемное отделение, родовое, родовой блок, послеродовое отделение, а при необходимости операционный блок и отделение анестезиологии реанимации. Это увеличивает риски для профессиональных ошибок в процессе идентификации пациентки.

Последствиями неверной идентификации могут быть:

- ошибочные решения о тактике ведения беременности, родов, лечения по результатам диагностических, лабораторных и инструментальных исследований;
- повторное проведение исследований;
- задержка начала лечения;
- причинение вреда здоровью пациента;
- дополнительный стресс и затраты времени медицинского персонала;
- ошибки в оформлении медицинской документации в совокупности с отсутствием надлежащей идентификацией личности могут повлечь проблемы с регистрацией рождения ребенка.

Для избежания последствий неверной идентификации необходимо соблюдение стандартной операционной процедуры идентификации личности всеми сотрудниками на всех этапах оказания медицинской помощи, при каждом контакте с пациенткой и переводе из структурных подразделений. СОПом должно быть регламентировано использование не менее двух идентификаторов (например, фамилия, имя, отчество полностью и года рождения). Следует помнить, что для идентификации не используются: номер палаты, инициалы, символы. При идентификации необходимо учитывать состояние пациен-

тки, наличие документов, знание языков. Важной в акушерской практике является идентификация новорожденных, которая начинается с родильного зала.

Этапность оказания медицинской помощи в акушерской практике подразумевает не только идентификацию пациенток, но и ее преемственность на всех этапах – при переводе, выписке, передаче дежурства, докладе на обходе врача, планерке, в палате совместного пребывания и других обстоятельствах, что позволит сократить профессиональные риски как для пациентов, так и для персонала, исключить медицинские ошибки и нежелательные события (рис. 2).

Обеспечение эпидемиологической безопасности в акушерской практике – обязательная составляющая качества медицинской помощи и безопасной больничной среды.

Обеспечение эпидемиологической безопасности следует рассматривать как в отношении пациентов, так и медицинского персонала. Эпидемиологическая безопасность медицинской помощи включает обеспечение эпидемиологической безопасности медицинских технологий и больничной среды.

Медицинские технологии в акушерской практике отличаются высокой инвазивностью, а **новорожденные и родильницы относятся к наиболее уязвимой группе пациентов по развитию инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи.**

К мероприятиям для уменьшения рисков при обеспечении безопасности медицинских технологий относятся:

- ранняя выписка (3–5 сутки) родильниц и новорожденных;

• применение рациональных элементов бережного родоразрешения в практике акушерского стационара (рис. 3).

- увеличение доли совместного пребывания матери и ребенка;
- систематическое целенаправленное проведение микробиологического мониторинга;
- определение чувствительности выделенных штаммов микроорганизмов к применяемым антисептикам, дезинфектантам, антибиотикам;
- разработка и применение эпидемиологически безопасных технологий лечебных и диагностических процедур беременным, роженицам, родильницам, новорожденным;
- применение одноразовых расходных материалов и белья;
- использование одноразовой медицинской одежды, а также стерильных комплектов одноразовой медицинской одежды и белья для приема родов, операции кесарева сечения, для новорожденного;
- рациональная антибиотикотерапия;
- тренинги с персоналом по всем разделам инфекционной безопасности (рис. 4).

К мероприятиям для уменьшения рисков при обеспечении эпидемиологической безопасности больничной среды относятся:

- соблюдение общегигиенических требований к:
 - использованию специальной медицинской одежды, прохождению медицинского осмотра, иммунизации;
 - гигиенической обработке рук, использованию перчаток (рис. 5);
 - санитарному содержанию помещений, оборудованию, инвентарю;



Рис. 1



Рис. 2



Рис. 3



Рис. 4



Рис. 5



Рис. 6

- обращению с медицинскими отходами по классам опасности;
- периодичности смены нательного и постельного белья пациентам;
- соблюдение логики перемещения пациенток, исключая перекрест потоков физиологического и обсервационного;

- своевременная изоляция пациентов с воспалительными и инфекционными заболеваниями;

- выполнение требований к дезинфекционным мероприятиям – предстерилизационная очистка, дезинфекция, стерилизация, соблюдение концентрации, экспозиции применяемых дезинфицирующих средств;

- своевременное проведение экстренной профилактики парентеральных инфекций в случае аварийной ситуации;

- достаточное количество средств индивидуальной защиты.

Раздел инфекционной безопасности в акушерской практике всегда был приоритетным. Мной перечислена только часть мер организации безопасной больничной среды и профилактики профессиональных рисков

и заболеваний. Знание и выполнение всех профилактических мероприятий позволит исключить профессиональные заболевания медицинского персонала, снизить риск заражения инфекциями, связанными с оказанием медицинской помощи как пациентам, так и персоналу.

Лекарственная безопасность в акушерской практике предусматривает обязательный учет:

- воздействия назначаемых лекарственных препаратов на плод;

- особенностей применения лекарственных препаратов для беременных и женщин в период кормления;

- соотношения риска и пользы принимаемых лекарственных препаратов.

В настоящее время в акушерской практике предпочтение отдано демедикализации родов, что потенциально уменьшает оборот лекарственных средств, но не исключает их использование.

Для обеспечения лекарственной безопасности в местах хранения лекарственных средств должны быть соблюдены требования к помещениям и к условиям их хранения.

Организация индивидуальных родильных залов подразумевает исключение хранения в них запасов лекарственных средств, расходных материалов. С этой целью в родовых блоках перинатального центра областной клинической больницы организовано централизованное хранение лекарственных препаратов, расходных материалов, стерильных упаковок с медицинским инструментом, упаковок для оказания медицинской помощи при неотложных акушерских состояниях, кроме упаковки для оказания неотложной помощи при гипотоническом кровотечении, что облегчает учет и систематизирует хранение лекарственных средств, формируя фармакологический порядок. Для новорожденных используют лекарственные формы в мелкой расфасовке и (или) однократного применения.

Бережное и безопасное родоразрешение относится к мероприятиям для уменьшения рисков при обеспечении безопасности медицинских технологий, уменьшении акушерской агрессии.

В профессиональном стандарте «Акушерка» регламентировано такое трудовое действие, как обеспечение безопас-

ности пациентов при минимальном вмешательстве во время самопроизвольных неосложненных родов и в послеродовой период, а также при проведении медицинских вмешательств.

Мы решили сформулировать элементы бережного родоразрешения, взяв за основу клинические рекомендации «Роды одноплодные, самопроизвольное родоразрешение в затылочном предлежании (нормальные роды 2021 г.)». Постараемся показать влияние каждого элемента на исключение риска при оказании помощи.

Каждый этап, каждая манипуляция, каждое вмешательство в процессе ведения родов имеет определенную степень риска. Стандартизация и визуализация технологий процедур, пособий и манипуляций являются инструментом для исключения нежелательных событий, профилактики акушерского травматизма и снижения рисков в акушерской практике (рис. 6).

Ведение медицинской документации. Акушеркой ведется медицинская документация, содержащая конфиденциальную информацию – журналы приема родов, приема пациентов в акушерский стационар, обменная карта, медицинская карта беременной, роженицы и родильницы, получающей медицинскую помощь в стационарных условиях, что требует соблюдение принципов врачебной тайны, эффективной коммуникация акушерка – акушерка, акушерка – медицинская сестра, врач – акушерка, преемственности при оказании помощи. Документация является объектом экспертной оценки качества и безопасности медицинской деятельности.

На примере заполнения партограммы попробуем рассмотреть ошибки ведения медицинской документации.

Партограмма заменяет дневник наблюдения за пациенткой в родах.

Возьмем для примера два параметра – частоту сердечных сокращений плода и сокращение матки. Частота сердечных сокращений плода должна отмечаться точкой, а сокращение матки специальными обозначениями (рис. 7). На рисунке 7 справа мы видим некорректное изображение данных, которые сложно интерпретировать.

Вывод: невозможно оценить состояние плода, а по указанному контролю маточных сокращений затруднительно своевременно диагностировать слабость или

Элементы бережного родоразрешения	Профилактика риска
В первом периоде родов:	
Аускультация плода в родах	Оценка состояния плода
Контроль маточных сокращений в родах	Своевременная диагностика слабости или бурной родовой деятельности для определения тактики ведения родов
Сведение к минимуму влагалищных исследований	Снижение риска гнойно-септических осложнений
Во втором периоде родов:	
Использование методов, направленных на уменьшение травмы промежности и облегчения самопроизвольных родов	Снижение риска разрывов промежности 3-й степени
Применение эпизиотомии только по показаниям	Снижение риска травмы промежности
Обеспечение комплекса мер для поддержания оптимальной температуры тела новорожденного	Профилактика гипотермии
Выкладывание всех новорожденных, не требующих проведения реанимационных мероприятий после рождения, на живот и грудь матери, обеспечение контакта «кожа к коже»	Улучшение постнатальных исходов и стимуляции грудного вскармливания
Отсроченное пересечение пуповины вне зависимости от ВИЧ-статуса пациентки	Улучшение постнатальных исходов, более высокий запас железа у детей в возрасте от рождения до шести месяцев, а также лучшее психомоторное развитие
Раннее прикладывание новорожденных к груди матери	Снижение неонатальной смертности и заболеваемости
Готовность к оказанию первичных реанимационных мероприятий новорожденному	
В третьем периоде родов:	
Активное ведение третьего периода	Уменьшение риска задержки последа и ручного удаления плаценты
Адекватный подсчет кровопотери	Профилактика гипотонического кровотечения

бурную родовую деятельность, определить тактику ведения родов.

Такие партограммы представляют риск для своевременной диагностики в случае неблагоприятных изменений динамического состояния роженицы, плода и родовой деятельности, т.е. риск для благоприятного исхода родов для матери и плода.

Это лишь некоторые из направлений акушерской практики, которые содержат профессиональные риски, причем риски управляемые. Своими правильными и осознанными действиями акушерка способна положительно повлиять на обеспечение безопасности пациентов и исключение профессиональных рисков.

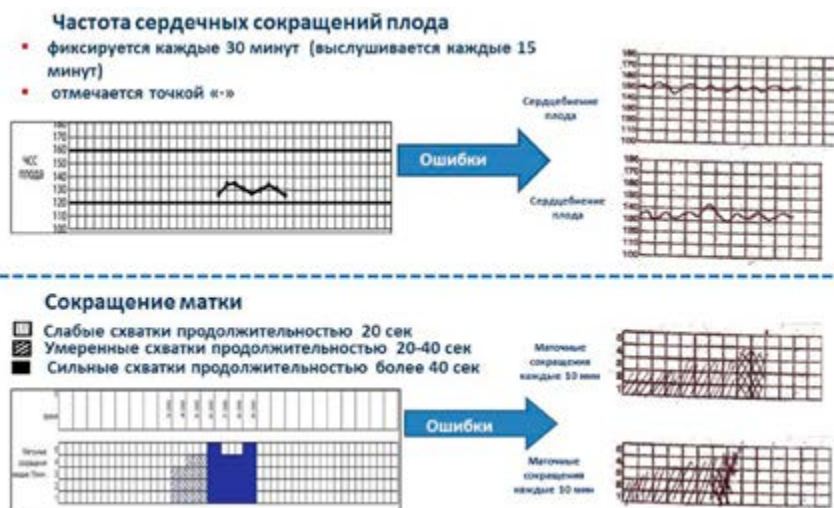


Рис. 7. Ошибки при ведении медицинской документации

КОГДА ДВЕ ЖИЗНИ В ТВОИХ РУКАХ



**Екатерина Александровна
ДАЙСНЕР**

Акушерка женской консультации
БУЗОО «Калачинская ЦРБ»

В детстве мой брат говорил, что я буду акушеркой. Я наотрез отказывалась, – просто понятия не имела, что это за профессия. Хотя медицина за собой так и влекла – «лечить» доводилось и подружек, и домашних питомцев. Незаметно подступил 11 класс, возник вопрос выбора будущей профессии. Решился он как-то сам собой: по стопам своей тети – медицинского работника – я направилась в медицинский колледж. И вот тут то ли сердце, то ли те самые слова брата из далекого детства подсказали: моя профессия – акушерка.

Прежде всего – я женщина! Акушерка – профессия женская. Будучи мамой двух замечательных девочек, со всей материнской теплотой и душевностью я отношусь к будущим мамочкам. На меня возложена огромная ответственность за женщин, которые решили стать мамами. От моих знаний зависит очень много – ведь в моих руках две жизни, – матери и ее ребенка. На своем рабочем месте я не только акушерка, но и психолог, – к каждой женщине нужен свой подход. Вместе мы проходим длинный путь на протяжении всей беременности.

С нынешним уровнем развития профессии трудно поверить, что еще в прошлом веке акушерство отраслью медицины не считалось. Родовспоможение было уделом повитух. Медицинского образования они не имели, однако за несколько монет обещали оказать помощь в родоразрешении будущей матери. И беда, если плод имел неосторожность родиться раньше

срока или неправильно располагался. В этом случае даже многолетний опыт повитухи был бессилён. Не удивительно, что уровень смертности был катастрофически высоким не только среди младенцев, но и рожениц вплоть до конца 70-гг. XX в.

К счастью, все это в прошлом. За полвека медицина так далеко шагнула, что даже бесплодие уже не приговор; суррогатное материнство, ЭКО, диагностика плода на этапе беременности, позволяющая выявить пороки развития и даже провести операцию еще не рожденному ребенку, – далеко не все, что умеет современная медицина высоких технологий. Могли ли о таком мечтать наши коллеги из прошлого века, осматривая беременных? Даже мне порой кажется невозможным



и фантастическим то, что сегодня совершают коллеги в научном мире!

Но если медицинские вопросы решаются за счет развития технологий, мы по-прежнему имеем дело с многочисленными социальными, личностными, психологическими аспектами поддержки женщины во время беременности. В том числе с целью эту беременность сохранить!

В моей практике большой след оставил один случай.

Пациентка – мать трех взрослых сыновей – решила прервать беременность на большом сроке. Семья была неблагополучная, отец наркозависимый. Женщина испытывала

сильнейшую моральную нагрузку, опасаясь за здоровье ребенка, выживание своей семьи. Была готова пойти на незаконные способы прерывания беременности, даже если последствия окажутся трагическими для нее самой. Страх гнал пациентку к пропасти... Тогда я твердо решила забрать ребенка к себе. Что произошло дальше?

В 22 недели женщина узнала, что ждет девочку. Знаете, когда в семье три мальчишки, а тут девочка – это событие! На семейном совете они постановили – сделают все возможное, чтобы маму поддержать.

Прошло время. Через год по личным обстоятельствам я переехала. По удивительному стечению обстоятельств теперь мы соседи.

Практически каждый день я встречаю опытную маму на прогулке со своей малышкой, вижу сияющие глаза и счастливую улыбку.

Сопровождение беременности не единственная функция акушера, но именно она завораживает и делает мою работу желанной: за каждой пациенткой стоит своя история, свое счастье и глубокая драма, и порой женщинам достаточно выговориться, чтобы не совершить поступок, который ляжет тяжелым грузом на их последующую судьбу. И помимо основной, привычной для пациенток работы, моя задача кроется и в другом:

подготовить матерей к предстоящим родам и сформировать верное понимание того образа жизни, коим должна руководствоваться каждая мать, желающая родить здорового ребенка. А это – формирование здоровой нации, это – вклад в будущее страны. Делая малое, мы в силах совершить великое.

Быть акушеркой для меня не только возможность радоваться новым жизням, что появляются под нашим пристальным еще на стадии раннего формирования, но и уверенность в том, что наша профессия столь же важна, как и вся медицина.

Я люблю свою профессию!

ВСЕМ НА МЕДОСМОТР

ПРОЕКТ ОПТИМИЗАЦИИ МЕДОСМОТРА СОТРУДНИКОВ РЕАЛИЗОВАН В ТЮМЕНСКОЙ ОБЛАСТИ



Вера Вадимовна ТАРКОВА

Главная медицинская сестра ГАУЗ ТО
«Городская поликлиника № 17»

Сохранение здоровья трудоспособного населения – основная задача государства, и на ее достижение направлена реализация национальных проектов «Здравоохранение» и «Демография».

Сохранение собственного здоровья в наши дни далеко не самая главная парадигма человека, поэтому если он работает, то в основе своей эта ответственность переходит на работодателя. Это закреплено и на законодательном уровне. Так, в статье 212 ТК РФ прямо говорится об обязанности работодателя за счет собственных средств устраивать проведение как предварительных (до приема на работу), так и периодических (в процессе трудовой деятельности) медицинских осмотров сотрудников.

И, конечно, такие осмотры желательно проводить в крупном и заслуживающем доверия медицинском учреждении, чтобы эти проверки не были просто «для галочки», а оказались полезными как самим работникам, которых направили на обследование, так и работодателю. ГАУЗ ТО «Городская поликлиника № 17» является именно тем учреждением, которое может создать все необходимые условия для прохождения медицинского осмо-

тра сотрудниками. Таким образом, общегосударственные задачи, реализуемые системой здравоохранения, совпадают с прямой выгодой работодателей.

Почему выбран именно этот проект?

Целью периодического медосмотра является принятие решения о допуске соискателя/сотрудника к определенному виду работ.

Во-первых, это делается с целью заботы о здоровье работника. Если при периодическом медосмотре у работника выявлены профессиональные заболевания, вызванные условиями труда, предприятие может предложить альтернативную вакансию, которая подойдет сотруднику по состоянию здоровья.

Во-вторых, медосмотр необходим, чтобы обезопасить окружающих и коллег соискателя/сотрудника. Например, в случае выявления инфекционных заболеваний или патологий, которые могут повлечь за собой ситуацию, представляющую угрозу окружающим, сотрудник будет вовремя изолирован от коллектива. Периодические медосмотры также проводятся, чтобы выявить у сотрудников возможные профессиональные заболевания и назначить профилактику или лечение.

В-третьих, если к работе был допущен сотрудник без прохождения медосмотра, либо с выявленными к данному виду деятельности противопоказаниями, работодатель должен понести за это ответственность и выплатить штраф. Если сотрудник был принят на работу без медосмотра повторно, штрафные санкции увеличиваются. Если работник не прошел периодиче-

ский медосмотр, то работодатель имеет право уволить такого недобросовестного сотрудника.

Перед тем как этот проект был принят к разработке, реализации и внедрению, был проведен анализ ситуации по медосмотрам в коллективе. И выводы оказались неутешительными. У нескольких сотрудников не было даже личных медицинских книжек. Те, что имелись в наличии, долго идентифицировались или их срок закончился. Часть сотрудников, в том числе несколько руководителей МО, вообще не прошли периодический медицинский осмотр. Не было четких границ и четких алгоритмов прохождения медосмотра, что, естественно, снижало личную мотивацию коллектива. Работники не были заинтересованы в решении проблемы. Как руководитель стринского звена, я пришла к выводу, что надо брать инициативу в свои руки. Ведь порядок в любом учреждении начинается с малого, а личный пример должен показать, что нерешаемых проблем нет.

На начальном этапе проекта была определена команда единомышленников, которая состояла из старших медицинских сестер. Возглавила проект я, как главная медицинская сестра. Заказчиком проекта стал главный врач поликлиники. Приказом главного врача был утвержден состав рабочей группы, начало и сроки реализации проекта.



«Дела идут лучше, когда достаточное количество людей решает, что они могут идти лучше. Мир меняется, когда простые люди идут вместе к общей цели.»

Генеральный секретарь
ООН Кофи Аннан

Целями и задачами проекта стали:

- Уменьшение сроков прохождения медицинского осмотра для каждой единицы коллектива.
- Уменьшение сроков прохождения медицинского осмотра для каждого подразделения МО.
- Создание алгоритма движения и оформления документации.
- Стандартизация оформления личных медицинских книжек.
- Повышение заинтересованности персонала в своевременном прохождении медицинского осмотра.

Практическая значимость проекта

Планируемый эффект:

Проведение медицинского осмотра всех сотрудников в МО не более чем за 21 день вместо 30 дней.

В самом начале проекта в ходе заседания рабочей группы была определена оценка текущего состояния. Создана карта потока ценностей.

Выявлено свыше 15 проблем, хотя в начале работы предполагалось не более 5, самые важные из которых:

- несвоевременное прохождение сотрудниками медицинского осмотра;
- неудобная идентификация личных медицинских книжек;
- отсутствие обратной связи с сотрудниками и руководителям подразделений;
- сотрудник не предоставляет вовремя (на замену) личную медицинскую книжку;
- длительное формирование списков сотрудников;
- отсутствие закрепления сотрудника за ответственным лицом;
- непонятная маршрутизация при прохождении медицинского осмотра;

• не все сотрудники правильно сдают материал на исследование;

- сотрудник проходит неполный объем обследований;
- длительное формирование согласий;
- отсутствие у сотрудников приверженности к прохождению медицинского осмотра;
- нет привязки временных сотрудников к структурному подразделению;
- сотрудники забывают сдавать амбулаторные карты.

Далее рабочей группой был разработан паспорт проекта, детальный план мероприятий – «Дорожная карта» с описанием планируемых мероприятий, конкретными сроками исполнения и ответственными исполнителями, определены сроки выполнения проекта с 16 января по 30 мая 2022 г.

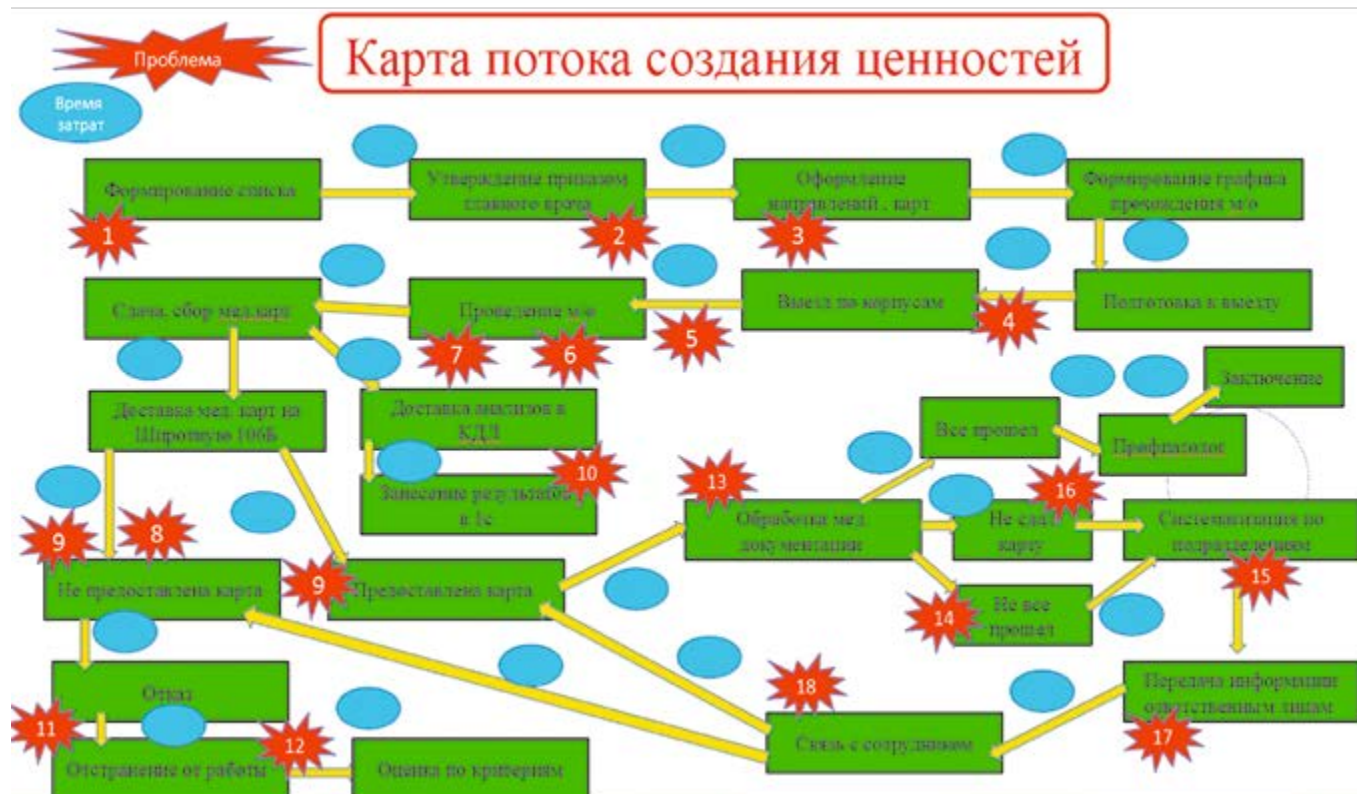
Пример:

№	Мероприятия	Сроки	Ответственный	Должность
1	Оформление обложек (лицевой части) личных медицинских книжек	До 23.01.2022	Ответственные на местах	Старшие медицинские сестры, старший медицинский брат, старшая акушерка

Необходимые ресурсы

В самом начале была поставлена задача – проект должен потребовать как можно меньше финансовых вложений. В итоге материальные средства потребовались только для цветной бумаги (**500 рублей**) и емкостей для личных медицинских книжек (**1100 рублей**). Итого: **1600 рублей**.

А вот привлечения кадровых ресурсов на всех этапах подготовки и проведения медицинского осмотра проект потребовал. Были задействованы главная медицинская се-



стра, начальник отделения контроля качества оказания медицинской помощи, заведующие всех отделений, старшие медицинские сестры и сотрудники отделения платных услуг.

Реализация проекта

Для решения первоначальных проблем:

- была проведена ревизия личных медицинских книжек сотрудников;
 - каждая медицинская книжка была оформлена согласно утвержденной цветовой маркировке структурного подразделения;
 - разработаны и распечатаны временные вывески специалистов и кабинетов обследований;
 - разработаны и розданы «бегунки» для сотрудников, разработан алгоритм прохождения медосмотра сотрудниками;
 - для правильной интерпретации результатов исследований и обследований подготовлены и розданы памятки для сбора/сдачи материала на исследование;
 - введен «грозный» список-файл сотрудников, не прошедших медицинский осмотр.
- На этапе окончания проекта:
- недобросовестные сотрудники были отстранены от работы до прохождения периодического медосмотра;
 - руководители структурных подразделений стали нести ответственность за привлечение сотрудников к работе без получения заключения о допуске к работе;
 - усилилось взаимодействие структурных подразделений.

Трудности при реализации проекта

Проведение ревизии личных медицинских книжек:

- сотрудники не принимали новшества, мотивируя тем, что «всегда так было»;
- не все руководители хотели принимать ответственность за своих подчиненных;
- сотрудники отказывались покупать личные медицинские книжки взамен закончившейся или потерявшейся;
- старшие медицинские сестры длительно оформляли медицинские книжки по новому образцу;
- некоторые сотрудники не до конца понимали значимость проекта.

Итоги реализации проекта

- Уменьшение сроков прохождения медицинского осмотра в разрезе 1 сотрудника до 1 дня (до проекта этот срок составлял 3 дня).
- Уменьшение сроков прохождения медицинского осмотра в разрезе 1 отделения в рамках 2 дней (до проекта срок составлял 7 дней).
- Проведение медицинского осмотра сотрудников в медицинской организации сократилось до 14 дней (до проекта – 30 дней).
- Для оптимизации схемы движения и оформления документации разработан четкий алгоритм (схема была непонятна).
- Личные медицинские книжки оформлены в едином стиле, различимы по цветовой гамме и имеют четкие отличия по отделениям (личные медицинские книжки не имели единого образца, трудно было идентифициро-



Бегунок для сотрудников

№ п/п	медосмотр по адресу: ул. Монтажных, 41/1, дата 27 января	кабинет	время	отметка о выполнении
1	Выдача амбулаторных карт и направлений	279	8:00–10:00	
Вам необходимо пройти следующие обследования				
2	Флюорография	2	8:00–13:00 14:00–19:00	
3	Маммография (для женщин 40 лет и старше)	ул. Широтная, 106 Б кабинет 118	по предварительной записи в 1С на врача Латыпова Т.Р.	
4	Сдать анализ крови по выданному направлению	222	8:00–13:00	
5	Сдать анализ мочи по выданному направлению	301	8:00–09:30	
6	ЭКГ / ФВД	301	8:00–11:30	
Пройти осмотры врачей:				
7	врач-терапевт / врач-невролог	326	8:30–12:30 13:00–16:00	
8	ЛОР	172	8:00–14:00	
9	врач психиатр-нарколог	243	8:30–12:30 13:00–16:00	
10	врач-офтальмолог	259	8:00–14:00	
11	врач-дерматолог	126	8:30–12:30 13:00–16:00	
12	врач акушер-гинеколог	263	8:30–12:30 13:00–16:00	
13	УЗИ	241	8:30–12:30	
14	Сдать амбулаторную карту после прохождения медосмотра	279	8:00–16:00	

вать того, кому она принадлежит и ответственного руководителя).

- Руководители структурных подразделений несут ответственность за своевременное прохождение медицинского осмотра сотрудниками (ранее не было заинтересованности руководящего состава в своевременном прохождении медицинского осмотра сотрудниками).

СЧАСТЛИВЫ НА РАБОТЕ

ПО ИНИЦИАТИВЕ АССОЦИАЦИИ СРЕДНИХ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ
РЕСПУБЛИКИ МАРИЙ ЭЛ СОСТОЯЛСЯ КОНКУРС ЭССЕ, ПОСВЯЩЕННЫХ ПРОФЕССИИ

■ **Евгения Яковлевна КУЗЬМИНЫХ**

Председатель РОО «Ассоциация средних медицинских работников Республики Марий Эл», главный специалист по сестринскому делу Министерства здравоохранения Республики Марий Эл

■ **Ольга Владимировна ИНГЛИС**

Исполнительный директор РОО «Ассоциация средних медицинских работников Республики Марий Эл», главный специалист по сестринскому делу Министерства здравоохранения Республики Марий Эл

■ **Ирина Геннадьевна ПЯТАЕВА**

Старший методист ГБПОУ РМЭ «Йошкар-олинский медицинский колледж»

Что такое профессия медицинской сестры? Как и почему мы ее выбираем? Почему кто-то верен своей профессии и видит в ней свое призвание, а кто-то уходит из профессии? Над этими вопросами размышляли медицинские сестры Республики Марий Эл, участвуя в конкурсе на лучшую статью, посвященную профессии.

Цель конкурса: усиление мотивации к творческой активности, повышению профессионализма специалистов со средним медицинским образованием, престижу профессии, формирование интереса к профессии и ее общественной значимости.

Для творческого размышления были предложены различные темы – о профессии, наставнике, памятном дне, о героических делах медсестер и собственном выборе профессии.

Абсолютными чемпионами из числа поступивших работ, а их оказалось 44,

стали темы «Своей профессией горжусь», «Мой наставник» и «Почему я стала медсестрой». Статьи разноплановые, но все пронизаны верностью к своей профессии, благодарностью к наставникам, гуманизмом к пациентам, какими бы они не были: маленькими, большими, пожилыми, трудными, тяжелыми...

Порой трудно выразить на бумаге свои мысли. Казалось бы, в жизни все так просто и понятно, но как поделиться, как рассказать, чтобы другим понравилось, вдохновило? Наши участники справились! Многие статьи оставляют в душе след, заставляют задуматься над профессией.

В теме «Верность профессии» бесспорно лучшей стала работа Любови Савиновой. Проникновенное эссе посвящено маме автора – простой акушерке ФАПа. Верность профессии – это когда не нужно задумываться любишь ли ты ее, правильно ли ты ее выбрал. Это когда ты живешь этой профессией, мыслишь везде и всегда как профессионал и не замечаешь, что уже прошла целая жизнь. Вот таким стал вывод нашего замечательного автора!

Ольга Николаева подготовила эссе на тему «Своей профессией горжусь: я – медицинская сестра!» Погружая читателя в мир медицинской реабилитации, автор уверена, что продолжение профессии медицинской сестры заключается в выборе этой профессии нашими детьми.

По прошествии 36 лет с первого рабочего дня наша коллега Алевтина Шаблатова, медицинская сестра отделения анестезиологии и реанимации, считает, что счастье, когда профессия стала призванием, когда получаешь от работы истинное удовлетворение и можешь полностью отдавать себя любимому делу.

Работе операционных сестер посвящены статьи Юлии Подоплеловой и Елены Григорьевой. Операционные

сестры – фанаты своего дела. Работа в операционной трудная, интересная, очень ответственная. Это работа в команде, где операционные сестры, как в оркестре, исполняют свою важную партию.

Лаборант – профессия моей жизни, утверждает Елена Зяблицева. За годы практики профессия преобразилась, а конкурс стал прекрасным поводом вспомнить, с чего все начиналось, как лабораторная служба работала раньше. И тогда, и теперь лаборант – важная и востребованная специальность!

Лариса Конакова и Валентина Наумова с большой теплотой вспоминают своих наставников, без которых не состоялись бы в профессии. Для каждого наставника его ученик – это своего рода проект. И хорошо, когда этот проект удастся!

Светлана Вшивцева гордится своим выбором, Галина Лямина считает, что нет ничего прекраснее того, когда можешь принести пользу многим людям, можешь подбадривать улыбкой всех, кто потерял интерес к жизни, кто уже не надеется на спасение, возможно, сломлен болезнями и тяготами.

Дарья Дектерева, медицинская сестра отделения реанимации и интенсивной терапии для новорожденных, вспоминает, как все просто и легко во время учебы в колледже, и с какими трудностями сталкивается молодой специалист, приступая к работе. Лучшая награда в работе, считает Дарья Игоревна, – улыбка и счастливые глаза мам и пап «чуть-чуть повзрослевших» детей.

Профессия на всю жизнь, смысл жизни, призвание – такой увидели свою работу участницы творческого конкурса, и мы с удовольствием поделимся счастьем с читателями «Вестника» в этом и последующих выпусках.

Верность профессии

ПАМЯТИ МОЕЙ МАМЫ – БАЖЕНОВОЙ ЛИДИИ ФЕДОРОВНЫ,
АКУШЕРКИ АЛЕКСЕЕВСКОГО ФАП СОВЕТСКОГО РАЙОНА РЕСПУБЛИКИ МАРИЙ ЭЛ



Любовь Ивановна САВИНОВА

Главная медицинская сестра ФКУЗ
«МСЧ МВД России по Республике
Марий Эл»

*Медицина – это любовь,
иначе она ничего не стоит.*
Поль де Крюи



Все свое осознанное детство я провела у мамы на фельдшерско-акушерском пункте, где она работала акушеркой. Наверное, поэтому профессия медика сама вошла в мою жизнь вместе с маминим рабочим чемоданчиком, который я любила перебирать, вместе с запахом деревянного здания ФАП с печным отоплением, стоявшим около дороги.

Профессия сама выбрала меня – я работаю медицинской сестрой с 1985 года, мою старшую сестру – она работает педиатром в Самаре с 1985 года, мою племянницу – она тоже стала медицинской сестрой в 2009 году и сейчас работает во Врачебно-физкультурном диспансере Йошкар-Олы. На сегодняшний день коллективный медицинский стаж нашей семьи 120 лет!

А началось все в далеком 1951 году, когда моя бабушка, рядовая колхозница, которая потеряла на войне мужа и сына, решила, что ее дочь во что бы то ни стало должна получить образование. Она отправила ее учиться из деревни в Йошкар-Олу в фельдшерско-акушерскую школу с одним чемоданчиком, в котором было два платья и пиджачок.

Учеба в ФАШ, не успев начаться, чуть было не закончилась для семнадцатилетней девушки. Второго сентября ей

сообщили, что ночью во время пожара дом в деревне сгорел, и ее мама успела выбраться в последний момент. Так они остались без дома, без вещей. Первым желанием было все бросить, но надо отдать должное сильному характеру бабушки, она настояла на продолжении учебы.

В 1954 году мама получила диплом и приехала в свою деревню Токпай-Энгер (ныне п. Алексеевский) Советского района работать на ФАП акушеркой, где и осталась до самой пенсии.

Было все: ночные вызовы в соседней деревне, роды на дому. И в дождь, и в снег она никогда никому не отказывала. Брала свой чемоданчик, карманный фонарик и шла туда, куда позовут. Дороги тогда были в основном грунтовые, освещения не было, машин тоже было мало. Иногда ее подвозили на тракторе или на лошади. Из-за того, что фельдшер жила в соседней деревне, в основном на вызовы ходила мама.

Роды на дому – это отдельная история. Почему-то женщины в деревнях терпели до последнего и вызывали акушерку тогда, когда роды уже начались, приходилось их принимать. Мамочкам было хорошо, а главврач района на каждом совещании делал выговор акушеркам за домашние

роды. Одни роды мама запомнила на всю жизнь. Ребенок пошел не головкой, еще и обвитой пуповиной. Мама рассказывала, что тогда вспомнила все, чему учили. Справилась, мальчик родился здоровенький. Сейчас ему уже за 40. Будучи взрослым, в знак благодарности, он на каждый День пожилого человека в октябре приносил ей цветы.

Моя мама жила как все, ничем не выделялась, любила свою работу, любила людей. Ее не стало в 82 года. Мы никому не сообщали, но на прощание шли и шли люди, было сказано много слов благодарности, вспоминали случаи, о которых мы и не знали. Оказалось, что люди, которым она помогла, все помнят. Из соседней деревни по поручению жителей пришла бабушка попрощаться с «нашей Лидой», – так они ее называли.

Верность профессии – это когда не нужно задумываться, любишь ли ты ее, правильно ли ты ее выбрал. Это когда ты живешь этой профессией, мыслишь везде и всегда как профессионал и не замечаешь, что уже прошла целая жизнь.

Я думаю, что сама по себе любая профессия ничего не значит, значимой ее делают люди, и эти люди – наше самое большое богатство.

ЭНДОВАСКУЛЯРНАЯ ХИРУРГИЯ

СЛАГАЕМЫЕ УСПЕШНОЙ СЕСТРИНСКОЙ ПРАКТИКИ



■ **Наталья Николаевна ПОДЛЕГАЕВА**

Операционная медицинская сестра,
ГАУЗ «Брянская городская больница
№ 1», отделение рентгенхирургических
методов диагностики и лечения

Эндоваскулярная хирургия – рентгенхирургия, интервенционная кардиология и интервенционная радиология – хирургические вмешательства, проводимые на кровеносных сосудах чрезкожным доступом под контролем методов лучевой визуализации с использованием специальных инструментов. Это относительно молодое, высокотехнологичное направление современной медицины.

Главной особенностью эндоваскулярной хирургии является то, что все вмешательства производятся без разрезов через небольшие проколы на коже (инструментом 1–4 мм в диаметре) под рентгеновским (ангиографическим) контролем в специальной рентгенооперационной. В большинстве случаев для выполнения эндоваскулярного вмешательства не требуется наркоз, выполняется только местное обезболивание в точке пункции (прокола сосуда). Это позволяет выполнять вмешательства даже пациентам с тяжелыми сопутствующими заболеваниями,

которым противопоказано традиционное хирургическое лечение.

В Брянской области отделения рентгенхирургических методов диагностики и лечения располагаются в трех учреждениях: Брянской областной больнице, кардиологическом диспансере и в Брянской городской больнице № 1.

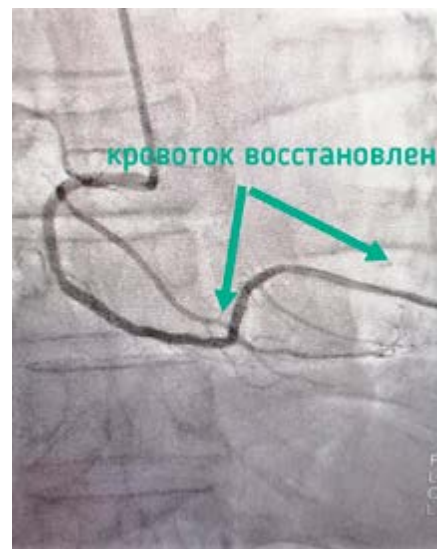
ГАУЗ «Брянская городская больница № 1» – многопрофильное учреждение, оказывающее плановую и экстренную помощь не только жителям города, но и жителям всей Брянской области. В составе больницы функционирует 35 специализированных, в том числе и диагностических отделений, расположенных в трех корпусах: терапевтическом, хирургическом корпусах и перинатальном центре.

Отделение рентгенхирургических методов диагностики и лечения на базе больницы было открыто в мар-

те 2018 года. В составе отделения работают заведующий отделением, 6 эндоваскулярных хирургов, старшая операционная медицинская сестра, 5 операционных медицинских сестёр, кастелянша и 4 санитарки.

Отделение работает в круглосуточном режиме, что позволяет в короткие сроки стабилизировать острые состояния. В плановом порядке осуществляется помощь больным с хроническими заболеваниями артерий и вен.

Уникальные диагностические и оперативные эндоваскулярные вмешательства применяются в кардиологии (при лечении ишемической болезни сердца, острого инфаркта миокарда), в нейрохирургии (при лечении аневризмы сосуда головного мозга, окклюзии сонных артерий), в сосудистой хирургии (при облитерирующем атеросклерозе, окклюзии периферических артерий) и ряде других заболеваний.



Основные методы внутрисосудистых вмешательств, которые применяются у нас в отделении:

1. Коронарография, коронарошунтография – это диагностические методы исследования артерий сердца.

2. Ангиография артерий нижних конечностей.

3. Баллонная ангиопластика или дилатация – расширение просвета сосуда специальным прочным баллоном под высоким давлением.

4. Реканализация – восстановление просвета закупоренного сосуда специальными тонкими металлическими проводниками с последующей баллонной ангиопластикой и при необходимости стентированием.

5. Стентирование – это установка специального сетчатого металлического каркаса (стента) в кровеносный сосуд для поддержания его просвета открытым. Имплантированный стент остается в сосуде постоянно. Поскольку это инородное тело, существует вероятность, что он может вызвать нежелательную ответную реакцию организма – тромбоз. Для предотвращения тромбоза специалистами были разработаны стенты с лекарственным покрытием.

Стентирование выполняется в тех случаях, когда баллонная ангиопластика неэффективна, либо требуется достижение более длительного эффекта и наиболее часто осуществляется на следующих сосудах: коронарные, сонные и периферические артерии.

6. Эмболизация – малоинвазивная рентгенохирургическая эндоваскулярная процедура, которая состоит в избирательной окклюзии (закупорке) кровеносных сосудов специально введенными эмболами.

7. Эндоваскулярная механическая тромбаспирация проводится при лечении острых ишемических инсультов.

8. Имплантация кава-фильтра – при этом вмешательстве в нижнюю полую вену устанавливается кава-фильтр (ловушка тромбов) с целью профилактики тромбоэмболии легочной артерии. Ловушка не препятствует кровотоку, но не пропускает образовавшиеся тромбы.

С каждым годом количество проводимых эндоваскулярных вмешательств увеличивается. Это связано с развитием медицины в этой области.

В 2018-м, когда отделение было открыто, мы выполняли вмешательства только на артериях сердца, а сейчас исследуем и лечим сосуды нижних конечностей, сосуды головного мозга.

За 2022 год в нашем отделении выполнено около 2000 диагностических и оперативных эндоваскулярных вмешательств, каждое из которых стало возможным благодаря вкладу всей команды, в том числе квалифицированных медицинских сестер отделения!

Как проходит рабочий день операционной медсестры в рентгенохирургии?

Работу операционной сестры рентгенохирургической операционной от традиционной отличает ряд принципиальных моментов.

В первую очередь, это обеспечение радиационной безопасности. Перед началом работы следует проверить наличие индивидуальных дозиметров – их закрепляют поверх санитарной одежды. При работе в рентгенооперационной обязательно используются передвижные и индивидуальные средства радиационной защиты. К передвижным средствам защиты относятся: защитные ширма, поворотный экран, штора. К индивидуальным средствам защиты относятся: шапочка, очки, воротник, фартук, юбка, жилет. Каждый сотрудник отделения в обязательном порядке проходит не только инструктаж по технике безопасности и радиационной безопасности, но и тест на проверку полученных знаний.

Следующий раздел работ – подготовка операционной к работе. Необходимо обеспечить наличие необходимого инструментария и расходных материалов. Инструменты здесь кардинально отличаются от используемых в обычной хирургической практике. При проведении эндоваскулярных вмешательств используют диагностические, проводниковые, баллонные, дилатационные катетеры; шприцы-индефляторы; коронарные проводники; периферические и коронарные стенты; устройства для закрытия артериального доступа; эмболизационные спирали и многое другое. Выбор инструмента зависит от анатомии сосуда и морфологии поражения.

Чтобы работа была удобной и комфортной, медицинские препараты и инструментарий всегда находятся

на постоянных, привычных для всех сотрудников местах. Стерильный стол все операционные сестры накрывают одинаково, четко следуя санитарным требованиям.

И, наконец, главное, ради чего проводится большая и серьезная подготовка, – сама операция... Когда стоишь за операционным столом, знаешь по жесту, что нужно хирургу, понимаешь его без слов.

Поступает пациент с острым инфарктом миокарда, жалобы на сильную боль за грудиной. Операционная разворачивается незамедлительно, время идет на минуты, начинаем работать. Видим, что одна из артерий, которая питает сердечную мышцу, закрыта. Образовавшийся тромб препятствует кровотоку. Проводим тромбаспирацию (удаляем тромб), имплантируем стент, – кровоток в артерии восстановлен. Пациент отмечает, что боль за грудиной стихла, осталось небольшое чувство дискомфорта, которое вскоре тоже проходит.

Поступает еще пациент с острым ишемическим инсультом. Речь нарушена, правая рука и нога не двигаются. Пациента быстро транспортируют в операционную. После проведенной церебральной ангиографии сосудов головного мозга видим, что есть нарушения мозгового кровообращения из-за образовавшегося тромба. Проводим тромбаспирацию, тромб удален, кровоток восстановлен. И вот настоящее чудо – прямо на операционном столе пациент начинает двигать пальцами правой руки. «Ура!» – думаешь тихонько, победа!

Такие операции дают ни с чем несравнимое чувство, – успели, получилось, помогли. Каждая спасенная жизнь – главный результат нашей работы!

При работе в круглосуточном режиме с «острыми» пациентами критические ситуации неизбежны. Остановка сердца у пациента запускает максимально ответственные секунды, когда каждый член бригады знает, что должен сделать. Главное, никакой паники! «Поспешай, не торопясь» – наш рабочий девиз. Операционная медицинская сестра при любых ситуациях должна оставаться спокойной, и тогда работа бригады будет слаженной, комфортной и успешной.

С ПЕРВОГО ДНЯ И ЕЖЕДНЕВНО

КОНТРОЛЬ РАБОТЫ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА ЧАСТНОЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ КЛИНИКИ



Ольга Александровна ТЕРЕХОВА

Главная медицинская сестра клиники
«Дентал Фантази»

В данной статье будет представлен опыт работы по контролю среднего медицинского персонала, представлены инструменты этого контроля, опыт сложных ситуаций и пути выхода из них.

Контроль персонала начинается с того самого момента, когда главная медсестра приняла решение, что берет соискателя на должность ассистента. Он прошел собеседование, а возможно и не один его этап, и теперь стоит задача ввести его в должность, познакомиться с клиникой, с ее сотрудниками, внутренними распорядками, нормативными актами и технологиями работы на приеме. Согласитесь, что это огромный поток информации, и задача руководителя на этом этапе проконтролировать, вся ли информация донесена до стажера, ничего ли не было упущено в суматохе, не посчитали, что что-то не важно и не обязательно.

Что необходимо сделать на данном этапе?

1. Грамотно подобрать наставника. Не секрет, что на эту роль могут подойти не все сотрудники. И дело даже не в стаже и опыте. Бывает, что и самый грамотный, опытный и безукоризненный в работе ассистент не сможет быть наставником ввиду косноязычия, простого неумения доносить информацию или такой плотной загрузки на приеме, что на стажера физически нет времени.

2. Воспользоваться чек-листом адаптации нового сотрудника. Чтобы



ничего не было упущено в процессе обучения, рекомендуем использовать чек-лист, где структурно прописаны все необходимые пункты для изучения по всем специализациям. Такой чек-лист необходимо выдать как наставнику, так и стажеру.

Рассмотрим чек-лист адаптации для ассистента, который планирует работать на терапевтическом приеме. В нем несколько блоков: общая подготовка к работе, общие манипуляции, виды лечения, оборудование, материалы, инструменты. Каждый блок подробно расписан по пунктам (рис. 1).

Вероятно, многие сталкивались с ситуацией, когда стажер совершает какую-то ошибку и искренне сообщает, что его наставник не передал необходимую информацию, что и привело к этой ошибке. Наставник клянется, что информация была передана в полном объеме. Кому верить и что делать? Здесь нас снова спасает чек-лист адаптации. Обратите внимание, что за каждый пункт обучения по чек-листу должны расписаться и наставник, и стажер. Это обезопасит всех от вышеописанной ситуации, обеспечит двойной контроль передачи информации (наставник – стажер) и сократит количество ошибок сотрудников при самостоятельной работе.

санной ситуации, обеспечит двойной контроль передачи информации (наставник – стажер) и сократит количество ошибок сотрудников при самостоятельной работе.

3. Заранее обговорить сроки и график обучения. Это сразу мобилизует активность стажера, не даст ему возможность прокрастинировать (ведь если нет сроков, то куда торопиться?), согласованный график будет дисциплинировать. А для себя заранее запланируйте дни контроля для просмотра камер и получения обратной связи от наставника, докторов, с которыми стажер был на приеме и самого стажера (рис. 2).

Зеленым отмечены точки контроля

4. Провести тестирование. По окончании адаптации перед началом самостоятельной работы стажеру предлагается пройти тестирование. Все вопросы «подтянуты» из чек-листа адаптации. Всю эту информацию наставник должен был передать стажеру в процессе обучения по чек-листу. При проведении тестирования помните, что все ошибки стажера – это ошибки наставника. Необходи-

1	2	3	4	5
1	Адаптация - терапия			
2	Должность: медицинская сестра			
3	ФНО:			
4	Даты обучения:			
5	№ п/п	Выполнение услуги	подпись стажера	подпись наставника
6	1. Общая подготовка к работе			
7	1.1	Проверка работоспособности медицинского оборудования кабинета		
8	1.2	Обработка поверхностей		
9	1.3	Проверка работоспособности медицинского оборудования кабинета (генератор, компрессор, вакуум, протектор, конвейер)		
10	1.4	Алгоритм действий при поломке оборудования		
11	1.5	Алгоритм действий при оказании неотложной помощи		
12	1.6	Алгоритм уборки кабинета		
13	1.7	Протоколы ХС		
14	1.8	Работа с программой «Безопасность»		
15	1.9	Подготовка и выполнение информированных согласий		
16	1.10	Рекомендации для пациентов		
17	1.11	Получение и проверка карт перед приемом и в конце рабочего дня		
18	2. Общие манипуляции			
19	2.1	Феттеринг		
20	2.2	Феттеринг при работе с микроканалами		
21	2.3	Удаление дентальных		
22	2.4	Подготовка кабинета к приему (жидкие системы дес, инструменты и материалы)		
23	2.5	Анестезия (подготовка и проведение)		
24	2.6	Система коффердам (виды: сосиски, галочки, клампер, порфорация)		
25	2.7	Работа с использованием аспиратора и пылесоса аспиратора		
26	2.8	Разработка плана (кабинет, подготовка)		
27	3. Виды лечения			
28	3.1	Лечение кариеса, эстетическая реставрация (материалы, инструменты, алгоритм действий)		
29	3.2	Лечение эндодонтического лечения (материалы, инструменты, алгоритм действий)		
30	3.3	Вторичное эндодонтическое лечение (материалы, инструменты, алгоритм действий)		
31	3.4	Лечение эндодонтием пародонтии, микроабразия		
32	3.5	Первый ассистент в условиях глубокой седации		
33	3.6	Второй ассистент в условиях глубокой седации		
34	3.7	Удаление эндодонтического каблов		
35	3.8	Подготовка отливки		
36	4. Оборудование			
37	4.1	Матрикс		
38	4.2	Получение карты		
39	Терапия Стоматология Детство Зубовые Гигиена Стоматология Пародонтология			

Рис. 1

димо проработать эти ошибки с обоими участниками процесса обучения. Возможно, наставник знает правильные ответы, но проговорил их вскользь, не заостряя на них внимание стажера, и в этом случае достаточно напомнить наставнику, что во время стажировки для нового сотрудника нет ничего неважного и второстепенного. А возможно, что-то действительно забылось и нужно лишь напомнить.

Пройдя нелегкий путь и успешно завершив программу адаптации, стажер становится полноправным членом прекрасного коллектива и приступает к самостоятельной работе. Можно ли теперь прекратить контроль за ним? Конечно, нет. Мы продолжаем контро-

лировать весь средний медперсонал и рекомендуем в течение первого месяца уделять больше внимания контролю работы новых сотрудников. Какие ресурсы контроля мы предлагаем использовать?

Обходы кабинетов. Регулярно проверяйте:

- чистоту;
- лекарственные средства, изделия медицинского назначения на предмет истекшего срока годности;
- упаковочную бумагу для стерилизации, в которой хранятся инструменты, на наличие разрывов и сроков стерилизации;
- отсутствие затаривания;

- наличие необходимых надписей на емкостях с дезинфицирующими средствами.

Просмотры камер:

- обработка рук (кратность, этапы, тайминг);
- уборка кабинетов (полнота, кратность, соблюдение последовательности от чистого к грязному);
- ассистирование на приеме (вовлеченность в процесс адаптации пациентов, в процесс лечения, знание этапов и пр.).

Как правило, в ходе любой проверки выявляются те или иные нарушения и ошибки в работе. Но недостаточно выявить ошибки и проговорить их. Используйте здоровую конкуренцию, чтобы ваши сотрудники стремились быть лучше, сведя замечания к нулю.

Для этого мы предлагаем использовать сводную таблицу нарушений.

Фиксируйте туда все нарушения и в конце месяца покажите ее вашим ассистентам.

Важно! Комментируя эту сводную таблицу, не заостряйте внимание на нарушениях, а похвалите лучших ассистентов, сделавших наименьшее количество ошибок. Так, в нашей клинике, из инструмента наказания эта «страшная» таблица превратилась в таблицу «кто молодец», которая не вызывает негатива, мотивирует отстающих, показывает, где у нас «слабые места», на которые нужно обратить внимание.

Обратная связь

Обратная связь – последний в перечне, но не последний по значимости инструмент контроля. Не ждите, что к вам придут и что-то расскажут. Вернее расскажут, но когда уже будет поздно что-либо предпринимать или при вопиющих нарушениях. Увы, еще преобладают такие представления об обратной связи, как «стукачество», «кляуза», «донос», «мы с тобой вчера чай пили, а ты меня сегодня сдал руководству». Задача руководителя аккуратно (допросы с пристрастием вам здесь не помощники), не вызывая у опрашиваемого сотрудника ощущения негатива, получить необходимую информацию о конкретном сотруднике. Задача не из простых, правда? Но и она выполнима.

Старостина Лариса Николаевна						
График работы на Декабрь, 2021						
ПН	ВТ	СР	ЧТ	ПТ	СБ	ВС
		4 каб. Юмашев 8:00-15:00		5 каб. Максимова 15:00-22:00		
6	7	8	9	10	11	12
	5 каб. Максимова 15:00-22:00	4 каб. Юмашев 8:00-15:00		5 каб. Максимова 15:00-22:00		
13	14	15	16	17	18	19
	5 каб. Максимова 15:00-22:00	4 каб. Юмашев 8:00-15:00		5 каб. Максимова 15:00-22:00		
20	21	22	23	24	25	26
	5 каб. Максимова 15:00-22:00	4 каб. Юмашев 8:00-15:00		5 каб. Максимова 15:00-22:00		
27	28	29	30	31		
	5 каб. Максимова 15:00-22:00	4 каб. Юмашев 8:00-15:00				

Рис. 2

Пример из практики: Вам нужно получить обратную связь от врача на его ассистента. Организуйте приватное помещение. Никаких третьих лиц. Объясните, что это стандартная ситуация, и все доктора через нее уже прошли и не раз. Дайте понять, что никто не собирается увольнять его любимого и незаменимого ассистента и этот опрос лишь для улучшения его коммуникаций и навыков работы. Заверьте, что ассистент никогда не узнает, откуда была получена негативная информация, если таковая будет. Приведите пример, не называя фамилий: «доктор А. поделился о беспокоящих моментах в работе с его ассистентом Б., была проведена работа с этим ассистентом, теперь это один из лучших тандемов в нашей клинике». Доктор успокоился? Теперь можно задавать интересующие вас вопросы.

По нашим наблюдениям заметно, что, когда доктор увидит улучшения в работе его ассистента (а возможно, были и другие проблемы, которые вы устранили), когда поймет, что вы выполнили все свои обещания и никто не был наказан, в следующий раз он охотнее пойдет на контакт и с легкостью даст обратную связь.

Увы, бывает и такое, что обратная связь от доктора/коллег резко негативная. Настолько, что покажется, что единственный путь – это увольнение сотрудника. Не торопитесь! Ведь вы уже столько трудов вложили в этого сотрудника. **Проверьте себя по этим пунктам:**

- информация должна быть получена из нескольких источников. Необходимо исключить субъективное мнение одного человека;
- проверьте полученную информацию, если это возможно. Просмотрите камеры, опросите других докторов/коллег, с которыми работал сотрудник;

1	2	3
1	окт.21	
2	ассистент	Некаб.
3	Джамзарова Нина	просрочены бумажные штифты
4	Филатова Мария	не подписан бланк, орал би
5	Кручинин Сергей	Малые стикеры наклеены не верно
6		не подписан металикс
7		
8		
9	Антипова Александра	
10	Христева Прасковья	
11	Сидорова Александра	
12	Гарюгина Юлия	
13		
14	Расулова Хадиджа	пыль на шкафах,телевизоре, кофее и телефоне
15	Азизаева Фатима	бардак в навесном шкафу
16	Татташкина Лилия	
17		
18	Рубец Ольга	
19	Оганесян Ханум	
20	Даутова Эльвина	
21		
22		
23	Юркова Любовь	нет даты вскрытия на Белсол
24	Старостина Лариса	затаривание
25	Карякова Людмила	
26		
27		
28	Глухова Людмила	
29	Аджиева Бафия	
30	Зубова Анна	
31		
32		

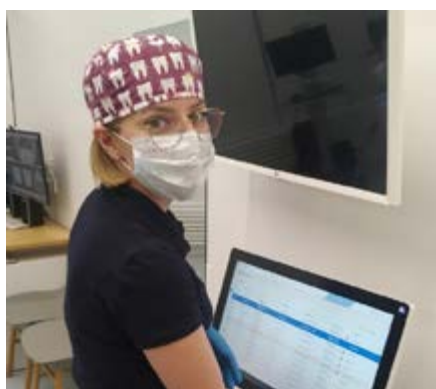
Рис. 3

• поговорите с этим сотрудником. Задайте прямой вопрос «почему так?». Именно прямой, без смягчений ситуации и сглаживания углов. Возможно, есть причины, по которым сотрудник действует так, а не иначе. И эти причины легко устранить и наладить процесс. Это может быть и сложная жизненная ситуация, и человеческий фактор, и просто несовпадение менталитета, характера у врача и ассистента.

Пример из практики: Врач сам обратился с жалобой на нового ассистента (назовем ее А., работают 2 месяца): рассеяна, «зависает» во время приема, невнимательна и в приеме, и в подготовке кабинета, и сил его (доктора) больше нет работать с таким ассистентом. И вообще такой плохой сотрудник в нашей организации не нужен. Далее состоялся разговор с коллегами, которые подтвердили рассеянность А. Камеры тоже это подтвердили. Судя по собранной информа-

ции решение однозначное, – уволить, нельзя помиловать. И, лишь поговорив с А. лично, удалось выяснить, что у сотрудника домашние проблемы, которые не дают полностью включиться в работу, сотруднику нужны две недели, чтобы эти проблемы уладить. Подходить к руководству с этой просьбой ассистент постеснялась («я же только начала работать, и уже отпрашиваюсь, что вы обо мне подумаете? Да и дни отпуска еще не накопила»). Вот так, предложив написать заявление «за свой счет» и предоставив возможность решить все домашние проблемы, мы сохранили обученного ассистента, который в дальнейшем показал себя с наилучшей стороны.

Искренне надеемся, что эти навыки работы с инструментами контроля персонала помогут в приеме, адаптации, обучении новых сотрудников, которые с вашей помощью вырастут в прекрасных специалистов.



Перечень льготных препаратов, выписываемых в медицинских организациях, а также форму рецепта регламентирует Приказ Минздрава № 1094н «Об утверждении Порядка назначения лекарственных препаратов, форм рецептурных бланков на лекарственные препараты». ЭР учитывает все рекомендации, созданные для рецептов разных форм: № 107-1/у, № 148-1/у-88 и № 148-1/у-04 (л) – льготная.

1. Людям пожилого возраста трудно записаться на прием в поликлинику





для выписки ЛЛП из-за общения с авто-
ответчиком.

2. Пациенты, проживающие на отдаленных сельских территориях, затрачивают много времени и средств на дорогу из-за неудобного расписания движения маршрутов автобусов, приезжая в поликлинику раньше назначенного времени.

3. Длительное ожидание в очереди на прием к врачу для выписки рецепта и ожидание в очереди на врачебную комиссию для подписания рецепта.

4. В аптечном пункте при поликлинике не все пациенты могут получить необходимые лекарственные препараты. Пациенты, получающие льготные лекарственные препараты по территориальной программе, вынуждены добираться до центральной районной аптеки, расположенной вдали от поликлиники. Это также осложняется схемой движения маршрутных автобусов.

В результате анкетирования пациентов было выявлено, что неудовлетворенность при оказании услуги достигала 84 %!

Рабочей группой была составлена карта текущего процесса. Время, затраченное пациентом на получение ЛЛП в аптечном пункте, составило от 59 до 155 минут, что абсолютно неприемлемо для пациента, нуждающегося в получении льготных лекарственных препаратов.

Для решения выявленных проблем был разработан план мероприятий, который удалось осуществить:

1. Сотрудники, выписывающие ЭР, получили электронно-цифровую подпись (в соответствии с приказом № 1094н, прил. 3, п. 19).

2. Среди сотрудников было проведено обучение по выписке ЭР, разработаны алгоритмы по выписке.

3. На ФАПы было приобретено и установлено необходимое для работы оборудование, подключен интернет.

4. Из регистра льготников, имеющих право на лекарства, были сформированы списки пациентов, получающих льготу для фельдшеров ФАП.

5. Организовано рабочее место для фельдшера поликлиники, оформляющего ЭР дистанционно на ЛЛП, стандартизированы процессы.

6. Для льготной категории граждан, проживающих в отдаленных населенных пунктах, заведующей ЦРА организована доставка ЛЛП на ФАПы и аптечные пункты.

7. Разработан алгоритм записи на прием через Единый портал Госуслуг и «Телемед-72».

8. Проведены обучающие семинары среди населения на темы «Как записаться на прием к врачу через интернет», «Какие правила необходимо соблюдать при дистанционной выписке ЭР».

9. Пресс-службой опубликована информация в местной газете и на сайте медицинской организации.

К завершению проекта были получены следующие результаты:

1. Для всех участников системы можно четко проследить экономию

как времени, так и средств, так как ЭР оформляется в 5 раз быстрее бумажного варианта. Высвободившееся время медработник может уделить пациентам. У пациентов исключаются транспортные расходы.

2. Переход на безбумажное оформление ЭР исключает необходимость печати бланков, тем самым экономятся бюджетные средства.

3. Программа не позволяет выписать ЭР некорректно, что исключает проблемы с фактором неразборчивого почерка, неверного толкования рецепта, вероятность фальсификации рецептов, утерю или порчу рецепта.

4. Появляется возможность отследить получение льготных препаратов по выписанным рецептам, что упрощает экспертизу рецепта, учет льготных и бесплатных лекарственных препаратов.

5. Значительно сократилась очередь к врачу за выпиской рецептов.

6. Время ожидания пациентом при выписке ЭР сократилось на 70%, преодоление расстояния – на 80%. Теперь эти показатели составляют от 7 до 30 минут, и от 1 до 18 км соответственно.

7. Удовлетворенность пациентов дистанционной выпиской рецептов увеличилась и составила более 90 %.

Теперь у пациентов со стабильным течением заболевания, получающих ЛЛП, нет необходимости добираться до районного центра с. Упорова, ожидать в очереди к врачу, затем в очереди на врачебную комиссию и добираться до аптечного пункта.

Пациенту достаточно сообщить фельдшеру ФАП о необходимости выписки ЛЛП, фельдшер, собрав и сверив данные, заполнив необходимую документацию, дистанционно выписывает препараты. При выписке ЭР информация поступает в ЦРА, после чего препарат из центральной аптеки доставляется в ближайший для пациента аптечный пункт либо на ФАП.

Данный проект позволил команде медицинских работников Упоровской районной больницы повысить качество медицинской деятельности через выявление и решение существующих проблем в конкретной медицинской организации. Благодаря этому достигнута двусторонняя экономическая выгода, а качеством услуги удовлетворены как пациенты, так и сами сотрудники.

ДЫХАНИЕ – ЭТО ЖИЗНЬ

■ Людмила Борисовна ЛЕБЕДЕВА

Психолог, руководитель
Волгоградского регионального
отделения Общероссийской
профессиональной
психотерапевтической лиги, эксперт
АНО «Лидеры перемен»

Дыхание – мощный ресурс нашего организма, его главный ресурс. Без пищи и воды человек может существовать вполне длительное время, а вот без дыхания жизнь длится считанные минуты, последствия гипоксии губительны для человека, ведут к тяжелой (в зависимости от продолжительности времени, в течение которого кислород не поступал в мозг человека) инвалидизации.

Однако дыхание дышанию рознь, и с ним связаны даже некоторые распространенные мифы. Самый, пожалуй, устойчивый – это утверждение о мужском и женском типе дыхания. Якобы женщины дышат грудью, чтобы привлекать внимание, а мужчинам это не требуется, поэтому они дышат животом.

А вот с точки зрения физиологии дыхание поверхностное и глубокое имеет место быть. При этом результат всегда кардинально разный. Поверхностное дыхание возбуждает, глубокое успокаивает.

А еще существует нижне-реберное диафрагмальное дыхание. И вот о нем мы сегодня хотим поговорить подробнее.

Значение диафрагмы для жизни человека, к сожалению, недооценивается, просто потому, что о ней знают очень немного, дескать, это то, что разделяет брюшную и грудную полости. А то, что диафрагма – главный орган лимфатической системы, главная мышца для привода в движение лимфы, об этом известно не столь широко. Тем временем, нижне-реберное диафрагмальное дыхание – основная возможность привести диафрагму в действие!

Какую пользу несет диафрагмальное дыхание?

Среди преимуществ дыхания диафрагмой специалисты отмечают:

- улучшение кровообращения;
- нормализацию пищеварения и работы ЖКТ;
- снижение веса (косвенное по-следствие улучшения кровообращения внутренних органов);
- успокаивающее действие на нервную систему;
- снижение мышечного напряжения и болевого синдрома;



- расслабление мышц;
- снижение внутригрудного и внутрибрюшного давления;
- очищение организма от углекислого газа и других продуктов обмена.

Учимся дышать диафрагмой

С преимуществами разобрались, самое время научиться дышать диафрагмой, тем более это совсем не сложно!

Упражнения можно выполнять как сидя, так и лежа. Положите одну ладонь на живот, другую – на грудь. Сделайте

вдох животом и почувствуйте, как движется нижняя ладонь, а верхняя при этом неподвижна. Повторите так несколько раз в течение 1–2 минут, сделайте перерыв и через некоторое время повторите упражнение. Важно: перерыв в подходах необходим во избежание гипервентиляции. Спустя какое-то время вы станете дышать только диафрагмой.

Цветное дыхание

Но это еще не все о дыхании, которое может стать целительным. Сегодня хотим рассказать о так называемом цветном дыхании.

Попробуйте выдыхать на ладонь, представляя цвет выдыхаемого воздуха. Вы увидите интересную картину, – изменение цвета от темного, серого, мутного до белого и, наконец, прозрачного. В ходе этого простого упражнения происходит, как вы уже догадались, очищение внутреннего пространства.

Направленное дыхание

Еще один вариант целительного дыхания – дыхание направленное.

Для начала попробуйте делать выдох через палец руки или ноги. И наблюдать, что будет происходить. Вы можете заметить разные ощущения – тепла или холода, пульсации, увеличения. Как только вы заметили одно или несколько из таких ощущений, можете быть уверены, что все делаете верно. Это лишь тренировка. А вот как использовать, думаю, вы уже догадались: можно дышать через любую зону тела, через любой орган, который на данный момент вас беспокоит. Секрет прост: энергия направляется туда, куда направлено ваше внимание.

Как только овладеете этими простыми способами дыхания, жить станет куда легче. И самочувствие улучшится. Будьте здоровы!

МЕДИАТИВНАЯ КОМПЕТЕНТНОСТЬ РУКОВОДИТЕЛЯ КАК ИННОВАЦИОННЫЙ ИНСТРУМЕНТ ОРГАНИЗАЦИОННОГО ЛИДЕРСТВА



**Наталья Владимировна
ВОСТРИКОВА**

Вице-президент КРОО
«Профессиональная ассоциация
медицинских сестер Кузбасса»



Тамара Васильевна ДРУЖИНИНА

Президент КРОО «Профессиональная
ассоциация медицинских сестер
Кузбасса»



Если кто-то еще не сталкивался с таким термином, как «медиация», скажу, что закон о ней принят еще в 2011 году.

Слово «медиация» имеет латинские корни и буквально означает посредничество, эффективный способ урегулирования конфликтов третьей стороной. Мы все прекрасно понимаем, что конфликты в здравоохранении, в коллективах, с пациентами были, есть и будут.

Медиативный подход – это инструмент нормального человеческого взаимодействия, контролируемое, осознанное, позитивное общение. Хотелось бы, чтобы как можно больше медицинских работников, в особенности руководителей коллективов, владели этим методом.

Медиативная компетентность – это способность умело выстраивать взаимодействие между людьми и при случае выходить из возникающих

трудностей, осознавая и контролируя ситуацию.

Почему я говорю о компетентности руководителей сестринской службы? В первую очередь, потому что руководитель – это лидер/мотор своего коллектива, он сам создает свою команду. Именно он задает планку требований к профессиональным навыкам и моральным принципам своей команды, формирует обстановку в коллективе, берет на себя ответственность за действия своих сотрудников и их последствия.

Для того чтобы руководитель состоялся и был тем лидером, примером для подражания, у наших главных/старших медицинских сестер должно быть универсальное/фундаментальное образование, они сами должны уважать себя и людей, с которыми они работают и взаимодействуют.

Мы должны понять, осмыслить, подготовить, воспитать руководителей сестринского персонала.

Сейчас меняется мир, и опять профессия медицинской сестры, включая руководителей, должна измениться, оставляя в себе все самое важное и воспитывая в себе те качества, которые нужны современному обществу.

Образование, и не только профессиональное, культура речи, по-

ведения, уважение, моральная и ментальная зрелость, основы психологии, основы юриспруденции, медиативная компетентность должны стать фундаментом для любого руководителя любого сестринского звена.

Когда мы наблюдаем работу любого управленца, мы видим результат его личной одаренности в сочетании с личным опытом, накопленным в ситуациях, которые повлияли на формирование его представлений о том, как надо или не надо руководить. И хорошо, если руководитель выносит из своего опыта правильные уроки, а если нет?

Если лидер начинает злоупотреблять властью, конфликты и напряжение в команде способны снизить эффективность работы на 45 %; при этом неизбежно падает авторитет самого лидера.

Независимо от формы, уровня и масштаба неверно решаемого конфликта в сфере здравоохранения, каждый отдельный подобный случай в различной степени формирует негативное отношение пациентов ко всей системе здравоохранения, что проявляется в предвзятом отношении к медикам, недоверию и т.д. В таких конфликтах формируется негативный образ медицинских работников, утрачивается по-



зитивный имидж профессии, дискредитации подвергается здравоохранение, в целом.

Очень часто медицинский работник, будучи хорошим специалистом, не владеет достаточными навыками разрешения конфликтов, не может предвидеть их, предотвратить и грамотно разрешить, так как профессиональное владение навыками конфликтолога не входит в компетенцию медицинского работника.

В свою очередь для медицинского работника неграмотно разрешенный конфликт может обернуться судебными тяжбами или дополнительным психологическим напряжением, что зачастую сказывается на эффективности профессиональной деятельности и в перспективе приближает эмоциональное выгорание, приводит к проблемам личностного характера.

Поэтому между медиацией и здравоохранением необходимо создать неразрывную связь, проложив этот путь через организационное поведение и менеджмент. Исходя из подобных реалий, целесообразным решением является внедрение в сферу здравоохранения специализированных технологий разрешения конфликтов.

Не каждый менеджер может стать хорошим медиатором, но каждый управленец должен владеть навыками медиации. Искусство разрешения конфликтов является одной из определяющих компетенций современного руководителя. И важно, чтобы это искусство становилось все более осознанным и отточенным навыком, превращаясь постепенно в истинную «науку побеждать».

Имея эти навыки, дальше вы сможете разрабатывать стратегию управления конфликтом, определяя профилактические меры, предназначенные для предупреждения, управления и разрешения конфликтов, возникающих в вашей организации.

На мой взгляд, главное в медиативной компетентности руководителя – способность повышать качество профессиональной жизни, расширяя свободу выбора оптимальных решений и грамотно делегируя ответственность сотрудникам коллектива. Сотрудники при этом приобретают навыки самостоятельного разрешения конфликтов, а руководитель экономит силы и получает время для решения других задач.

Нужны ли здравоохранению медиация и медиаторы?

В 2022 году выросло число жалоб граждан на непредставление гарантированного объема медпомощи, ее низкое качество и доступность. Общее число обращений в Росздравнадзор, связанных с нарушением прав пациентов, увеличилось по сравнению с предыдущим годом на треть. К решению вопроса жалоб и оказания медицинской помощи нужно подойти всесторонне. И один из вариантов как раз медиация.

На вопрос, нужна ли отрасли медиация, свой ответ дали медицинские сестры нашего региона, ответив на вопросы анонимного анкетирования. Его участниками стали более 250 специалистов различных медицинских организаций. 84 % составили специалисты со стажем 10, 20 и более лет.

Абсолютное большинство респондентов (99 %) отметили, что так или иначе сталкиваются с конфликтными

ситуациями на работе; 50 % респондентов винят в конфликте пациентов, другие 50 % – медицинский персонал; 71 % респондентов считают, что в медицинской организации нужен специалист, который бы умел урегулировать конфликты.

Обучение медицинских работников медиативной компетентности может стать одним из условий формирования психологической культуры медиков и эффективным способом разрешения конфликтов.

Необходимо вывести за скобки нашей профессии конфликтные ситуации, выматывающие и низводящие наш имидж до нуля. Такую роль может взять на себя или Центр медиации, или корпоративный омбудсмен.

Омбудсмен – это независимое лицо, на которое возлагаются функции контроля соблюдения справедливости и интересов персонала и пациентов. Служба корпоративного омбудсмана решает внутренние и внешние конфликты, делает заключение в отношении спорных ситуаций, осуществляет подготовку стратегий и тактик для проведения переговоров, анализирует конфликтность внутри организации, занимается решением конфликтных вопросов с пациентами организации, между работниками организации или страховыми компаниями.

Медиация важна не только как метод урегулирования споров, но и как способ выявления системных ошибок, которых порой бывает очень много, что в свою очередь позволяет совершенствовать систему здравоохранения. А пациенту медиация дает возможность увидеть, что к его нуждам прислушиваются.

СВЯЩЕННЫЙ ПОДВИГ, СВЯЩЕННАЯ СЛАВА



■ Тамара Васильевна ДРУЖИНИНА

Президент Ассоциации медицинских сестер Кузбасса, заслуженный работник здравоохранения РФ, член Общественной палаты Кемеровской области



КНИГА ПАМЯТИ

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

ЗАПОМНИТЕ ЭТИ ИМЕНА...

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

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

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

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

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

ВИТЮГОВ ИВАН АНИСИМОВИЧ



Родился в 1922-м году в селе Трослевка Славгородского района Могилевской области Белоруссии в крестьянской семье. Жизнь решил связать с медициной и в 1941 году как раз закончил Ленинградское военно-медицинское училище. Сразу после начала войны выпускника отправили на фронт – Иван Витюгов стал

фельдшером полкового медицинского пункта 45-го стрелкового полка Калининского фронта. Принимал участие в обороне Москвы. В 1942 году получил ранение. Потребовалось длительное лечение – целых девять месяцев, после которого молодого фельдшера ждала демобилизация. Домой он не поехал, остался в Новосибирской области, где сначала работал фельдшером на сельском участке, а затем решил продолжить образование и поступил в Новосибирский медицинский институт. Успешно его окончив, получил приглашение в клиническую ординатуру на кафедру травматологии и ортопедии Новосибирского Государственного института для усовершенствования врачей. После ординатуры остался ассистентом на кафедре.

В 1951-м году знаменитый ГИДУВ переезжает в Новокузнецк. Вместе с ним в Кузбасс отправился и его подающий надежды сотрудник. Именно в Кемеровской области нача-

лась педагогическая карьера Ивана Анисимовича. Он активно занимался научной работой: в 1960 году защитил кандидатскую диссертацию, в следующем году стал доцентом, в 1970-м защитил докторскую, стал профессором. В том же году его избрали заведующим кафедрой травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии. В 1971 году бывший фронтовой фельдшер был назначен деканом хирургического факультета ГИДУВа, а в 1972 году стал ректором института. Долгие годы Иван Анисимович был одним из самых уважаемых, авторитетных врачей и ученых Новокузнецка, многие жители города до сих пор вспоминают его с благодарностью.

За боевые и трудовые подвиги Иван Анисимович был награжден орденом Отечественной войны II степени (1985), медалью «За боевые заслуги», орденом Трудового Красного Знамени.

КЛАВДИЯ АЛЕКСАНДРОВНА КОЖЕВАТОВА (ПРИЛЕПКИНА)



Клавдия Александровна родилась в 1924-м году в селе Судженка. В 1942 года после окончания Анжеро-Судженской фельдшерской школы, была направлена на работу в эвакогоспиталь № 1401 в город Галич Ярославской области. Там сначала была палатной медицинской сестрой, а затем, с 1943 по 1945 годы – субординатором.

Госпиталь располагался в бывшей школе. Совсем рядом проходил фронт. Впоследствии медсестра вспоминала, как отчаянно боролись медики за жизни солдат и даже закрывали собой раненых, лежащих на операционном столе, когда началась бомбардировка. Работали в тяжелейших условиях: из-за нехватки перевязочного материала окровавленные бинты приходилось стирать и сушить, а из-за отсутствия каталок и костылей бойцов часто переносили на руках.

Остались в памяти и светлые моменты: как участвовали в художественной самодеятельности, как медсестрам вручали благодарности за хорошую работу. Но самым ярким, конечно стало воспоминание о победе. Узнав радостную новость, даже раненые бросали костыли, плакали, обнимались. Праздновали событие как положено – начальник госпиталя даже выпустил приказ выдать для празднования весь спирт. Тогда же, в 1945-м Клавдия Александровна получила награду – медаль «За победу над Германией в Великой Отечественной войне».

После завершения войны госпиталь закрылся не сразу. Одно время в нем еще размещали пленных немцев. Позже Клавдия Александровна вспоминала о том, какими страшными ей казались ночные дежурства, когда вокруг были вражеские солдаты – хоть и раненые. Но продлилось это недолго: уже в 1946-м госпиталь все-таки расформировали.

После войны медсестра приехала обратно в Кузбасс. Ее направили на работу в Анжеро-Судженский военкомат. По-

сле замужества в 1952-м году вместе с семьей переехали в Новокузнецк. Там ее ждал долгий трудовой путь: с 1952 по 1988 год Клавдия Александровна работала в железнодорожной больнице Новокузнецка операционной медсестрой, затем старшей медсестрой в хирургическом отделении, медицинской сестрой санпропускника. Являлась активным членом КПСС.

На работе бывшую фронтовичку очень ценили. В трудовой книжке Клавдии Александровны целых три страницы были заполнены сведениями о награждениях и поощрениях. Медсестра получила звание «Ветеран труда», неоднократно награждалась юбилейными медалями в честь памятных дат победы в ВОВ.

Клавдия Александровна прожила долгую жизнь, воспитала двух дочерей, трех внуков, увидела двоих правнуков. Не стало Клавдии Ивановны в 2016-м году в возрасте 92-х лет.

МАРИЯ ГАВРИЛОВНА АСТРАХАНЦЕВА



Родилась Мария Гавриловна более ста лет назад – 21 января 1919 года в Курганской области, где и окончила фельдшерско-акушерскую школу. В канун Великой Отечественной войны Мария в качестве молодого специалиста прибыла в фельдшерско-акушерский пункт села Тогул в Алтайском крае.

Позже ее перевели в Заельцовский район, где до самого окончания войны она самоотверженно трудилась. В условиях дефицита перевязочных материалов, инструментов и медикаментов фельдшерам приходилось быть специалистами на все руки: бороться с инфекционными заболеваниями, в том числе с сыпным тифом, вести санитарно-просветительскую работу и, конечно же, принимать пациентов с их каждодневными вопросами и жалобами на состояние здоровья. И если бы не такие скромные бойцы невидимого фронта – кто знает, как выжили бы сибиряки, оставшиеся в тылу?

После войны с 1951 по 1976 год Мария Гавриловна в должности участкового фельдшера курировала медицинский участок, расположенный на комсомольской площадке в Новокузнецке. В 1963 году этот участок вошел в состав вновь образованной детской поликлиники № 3. Под наблюдением опытного и высококлассного специалиста, каким была Мария Гавриловна, за 25 лет ее работы выросло несколько поколений новокузнецчан, которым суждено было прославить город металлургов.

Мария Гавриловна – труженик тыла. Была награждена медалями «За доблестный труд в годы Великой Отечественной войны 1941–1945 г.», «За трудовое отличие» (1953 г.), «За доблестный труд. В ознаменование 100-летия со дня рождения В.И. Ленина» (1970 г.); памятными медалями в связи с «40,50,60,65-летием Победы», медалью Кемеровской области «За веру и добро» (2013 г.).

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), № 5 (59), с. 37–40)

Зачастую следствием эмоционального выгорания медицинских работников, о котором мы подробно говорили в двух предыдущих выпусках журнала, является так называемая профессиональная деформация специалиста. Давайте еще раз вспомним проявления профессиональной деформации медицинской сестры.

«...Профессиональной деформацией являются и поведение, и выражения медицинских работников, при которых под влиянием привычки проявляется черствость по отношению к больным в такой степени, что у немедиков создается впечатление бездушия и цинизма...»

Некоторые авторы относят к признакам профессиональной деформации следующие проявления:

- потеря ощущения своей деятельности как благородной миссии;
- склонность к технократическому мышлению, когда человек рассматривается как «биологическая машина», а заболевания – как по-

ломки, аварии в этой машине, которые можно устранить лишь материальными способами (лекарствами, операциями);

- установка на патоцентризм, то есть такой способ мышления, когда в центре представлений лежит понятие болезни («патос»), а не здоровья («санус»), т.е. пациенты поступают в учреждение болеть, а не выздороветь...;
- отсутствие индивидуального подхода к уходу за больным, когда уход ставится на конвейер и пропадает индивидуальная ответственность медицинской сестры за конкретного больного;
- отрицание и недооценка необходимости моральной поддержки пациента;
- дегуманизация взаимоотношений «медицинская сестра – пациент»;
- безответственное отношение к своему долгу;
- низкий уровень внимания к нуждам пациента;
- слабо развитое отношение к другим людям, как к ценности;
- отрицательная направленность интеракций («вы перестанете болеть» вместо «вы почувствуете себя лучше»);
- игнорирование психологического состояния пациента;
- отсутствие отношения к пациенту как к активному соучастнику;
- возложение большей ответственности за успехи лечения на таблетки, аппаратуру, нежели на самого себя;
- отсутствие готовности прийти на помощь.

Более подробно эти аспекты нами рассмотрены в одной из предыдущих публикаций («Вестник», № 3/2022).

Какие способы, методы, подходы рекомендовали себя в предупреждении этой самой профессиональной деформации специалиста? Есть ли среди них такие, которые принесут практическую пользу и не будут ограничены лишь советами, лекциями и предложениями?

1. В качестве рекомендаций для профилактики профессиональной деформации у медицинских работников хорошо себя показал **метод балинтовских групп**.

Этот метод групповой тренинговой исследовательской работы получил название по имени своего создателя – Балинта (Balint M.), проводившего с 1949 года в клинике Тависток в Лондоне групповые дискуссионные семинары с практикующими врачами и психиатрами.

Опыт, обобщенный Балинтом в его книге «Врач, его пациент и его болезнь», лег в основу метода проведения исследовательско-обучающих семинаров.

Медицинская сестра в своей практике нередко сталкивается с ситуациями, которые ведут ее к фрустрации (например, если пациент не готов, не может или не хочет говорить о своих проблемах, ведет себя вызывающе или, наоборот, не идет на контакт). В балинтовской группе медицинская сестра может прояснить свои чувства и отношение к пациенту и то, как она на самом деле воспринимает больного. Иногда участникам группы рекомендуется говорить не о том, что они думают,

а о том, что чувствуют во взаимоотношениях «медсестра – пациент». Опыт балинтовских групп не только способствует улучшению эмоционального контакта среднего медицинского персонала с пациентами, но и учит медсестер отвечать на вопросы, от которых и врачи в своей практике обычно уклоняются, например, на вопросы онкологического больного о неизбежной смерти.

Работа в такой группе направлена на повышение компетентности в профессиональном межличностном общении с коллегами; осознание личностных «слепых пятен», блокирующих профессиональные отношения с пациентом; расширение представлений о лечебном процессе в противовес «апокалиптическим» установкам врача; психопрофилактику участников группы, основанную на возможности проработки «неудачных» случаев в ситуации коллегиальной поддержки.

В группу входят 6–15 человек (оптимально 8–10), работающих в одном или различных медицинских учреждениях, но желательно не связанных служебно иерархическими отношениями. Группа может объединять людей с различным стажем работы, но наиболее эффективно участие их при стаже более трех лет. Основным принципом формирования группы является добровольность объединения профессионалов, готовых к пересмотру стереотипов в своей работе и заинтересованных в коллегиальной взаимопомощи. Работа в группе может осуществляться в течение 2–3 лет. В этом случае занятия проводятся 1–2 раза в месяц. Руководителем балинтовской группы может быть штатный психолог учреждения, либо специально приглашенный для этой работы специалист, либо он может избираться участниками (даже на каждое занятие).

Предметом анализа в группе являются обсуждения случаев из практики ее членов. Это могут быть:

- «трудные» или «неудачные» эпизоды из прошлого, продолжающие беспокоить специалиста, вызывающие у него дискомфортные воспоминания, остающиеся для него «непонятными»;
- текущие случаи, вызывающие у медицинской сестры тревогу; так называемые фантастические



До пандемии в ГБУЗ ЛОКБ была создана закрытая группа для старших медицинских сестер отделений, которая собиралась раз в месяц

терапевтические ситуации, даже гипотетическая возможность которых волнует специалиста.

Каждое занятие посвящается конкретному случаю, о котором докладывает участник группы. Рассказ строится в абсолютно свободной форме. Говорящего не ограничивают во времени и не перебивают.

Для балинтовских групп нет необходимости в подготовке доклада, в восстановлении в памяти и документировании эпизода накануне. Более продуктивны спонтанные рассказы, так как анализ забытых важных деталей часто дает ценную информацию для выявления «слепых пятен». Очень важно, чтобы запрос участника был центрирован на взаимоотношениях медсестры и пациента, а не на технических деталях лечебного процесса.

Динамика балинтовских групп значительно отличается от динамики психотерапевтической группы. В частности, для блокирования обычной групповой динамики запрещается критика ведущего. Не поощряются высказывания о рассказчике, базирующиеся на ситуациях «там и тогда». Динамический подход в балинтовских группах позволяет делать предположение о том, что наблюдаемые «здесь и теперь» эмоциональные и поведенческие реакции рассказчика и членов группы соответствуют эмоциональным и поведенческим реакциям самого специалиста и его пациента в предлагаемой для обсуждения ситуации. Именно наблюдаемые реакции могут анализироваться достаточно глубоко и многосторонне. В конце обсуждения ведущий предоставляет слово рассказчику для обратной связи. Задачей таких групп является не создание некоего конечного продукта, абсолютно истинного видения предложенной ситуации, а расширение сознания участников группы и стимуляция самопознания.

Конечно, для эффективной работы группы необходимо создать атмосферу безопасности, соблюдая правила конфиденциальности. Часто балинтовские группы проходят в формате непринужденной беседы за чашкой чая или кофе.

2. В качестве профилактики и снижения выраженности синдрома эмоционального выгорания и предупреждения профессиональной деформации автор предлагает создание кабинета психологической разгрузки в медицинском учреждении.

Кабинет включает в себя усовершенствованный вариант комнаты отдыха, в которой созданы оптимальные условия для быстрого и эффективного снятия эмоционального перенапряжения, восстановления работоспособности, проведения психотерапевтических и психогигиенических мероприятий. В кабинете применяется комплексный метод оптимизации психических процессов, условно названный психологической разгрузкой, который включает физиологические и психологические средства восстановления работоспособности и предупреждения переутомления эмоционального происхождения.

Площадь кабинета определяется из расчета не менее 2 кв. метров на человека. В комнате не должны ощущаться шум, вибрация и другие неблагоприятные факторы производственной среды, она должна быть обеспечена приточно-вытяжной вентиляцией. Оптимальная температура в помещении – 20–22 °С. Комната оборудуется мягкими креслами с подлокотниками, в которых можно принять полулежачее положение (кресла желательно обеспечить подставками для ног), аудиоплеером, гидроаэроионизатором, а при возможности – кондиционером. В цветосветовом решении интерьера должны преобладать бежевый, голубой



и зеленый цвета, успокаивающие нервную систему. Желательно, чтобы создавалось впечатление пребывания на лоне природы. Пол покрывается линолеумом на мягкой основе, гармонирующим по цвету с окраской стен.

Цветовая композиция дополняется цветным освещением, трижды изменяющимся в течение сеанса. Для создания более полной иллюзии пребывания на лоне природы используются пейзажи, рождающие положительные эмоции. Это могут быть слайды или видео с изображением леса, моря, озера и др., проецируемые на экран.

Основная задача кабинета психологической разгрузки – восстановление работоспособности в стадии развивающегося утомления.

При ограниченных возможностях кабинета психологической разгрузки в первую очередь туда направляют сотрудников, работающих в условиях повышенной нагрузки на нервную систему, а также тех, кто жалуется на переутомление или находится в кризисной ситуации (тяжелая болезнь или смерть близкого человека, чрезмерно напряженная семейная обстановка, частые служебные конфликты и др.).

В кабинете психологической разгрузки восстанавливается работоспособность сотрудников, находящихся в стрессовом состоянии, или тех, чья повседневная деятельность протекает в условиях эмоциональной напряженности. Эмоциональный дистресс не только приводит к снижению трудоспособности и ухудшению деятельности организма, но и является одной из частых причин нарушения техники безопасности. Пребывание в кабинете психологической разгрузки способст-



вует также предупреждению эмоционально-аффективного перенапряжения и его отрицательных последствий у лиц, страдающих заболеваниями, вызванными психическим фактором (неврозы, психосоматические расстройства).

В кабинете психологической разгрузки можно осуществлять и другие психогигиенические мероприятия. К ним относятся:

- массовое обучение работников различных подразделений (основного и вспомогательного персонала) приемам психотерапевтической доврачебной самопомощи и, в частности, аутогенной тренировки;
- активная психопрофилактика рецидивов алкоголизма;
- эмоционально-волевая тренировка спортсменов (по А.Т. Филатову);
- дополнительные сеансы психологической разгрузки для работников пенсионного и предпенсионного возраста с целью продления трудоспособности;
- лечебно-профилактическая помощь людям, желающим избавиться от хронической никотиновой зависимости;
- психогигиенические беседы, включающие демонстрацию слайдов и прослушивание фрагментов литературно-музыкальных произведений, посвященных различным аспектам здорового образа жизни.

В последние годы на предприятиях и в учреждениях организуются кабинеты эмоционально-волевой тренировки и социального тренинга, психологической гимнастики, психологиче-



ской реабилитации и др. Благодаря тому, что в штатном расписании данных организаций предусмотрены должности психолога, на их базе решается широкий круг задач, в том числе психотерапевтического и социально-психологического характера. Кабинеты психогигиенического профиля целесообразно открывать в медицинских учреждениях, где труд медработников связан с повышенными эмоциональными нагрузками и необходимо быстро восстанавливать работоспособность (для работников отделений хирургии, реанимации, анестезиологии, на станциях «скорой помощи»)...

К сожалению, за время работы в ГБУЗ ЛОКБ мне так и не удалось создать кабинет психологической разгрузки. Причин тому множество: отсутствие свободных площадей (помещений), недостаточность финансирования. Именно по этой причине групповая реабилитация сотрудников проходила в свободных палатах стационара, залах ЛФК, учебно-методическом классе, галокамере, кабинете психолога и т.д. Там, где была возможность собраться группой. Это стало возможным благодаря главной медицинской сестре О.В. Щербаковой и старшей медицинской сестре стационара Л.Г. Ореховой, неравнодушных к психологическому состоянию медицинских сестер учреждения и всегда готовых подобрать помещение для работы с группой.

Продолжение следует...

Следующая статья будет посвящена формированию стрессоустойчивости и профилактике аллостатической нагрузки, а также современному взгляду на стресс.

Мини-Спайк 2

Инновационная система для безопасного приготовления растворов

Мини-Спайк 2 — новая линейка канюль для приготовления растворов с легко обрабатываемым коннектором



Повышенный уровень инфекционного контроля

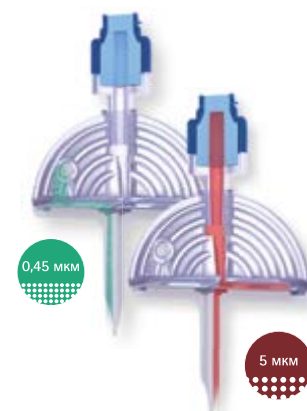
За счет обрабатываемого коннектора и встроенных в пластину фильтров канюль образует систему, которая максимально препятствует проникновению бактерий в раствор

Самозакрывающийся клапан для автоматического открытия/закрытия канала предотвращает произвольное вытекание жидкости



Многократная аспирация и введение

Безыгольный коннектор с клапаном для аспирации и введения жидкости при работе с многодозными флаконами выдерживает до 300 подключений



Разнообразие конфигураций устройства

Вариации канюль с разными фильтрами позволяют разводить различные виды лекарственных препаратов



ООО «Б. Браун Медикал»

196128, Санкт-Петербург, а/я 34, e-mail: office.spb.ru@bbraun.com, тел.: +7 (812) 320-40-04
117246, Москва, Научный проезд, д. 17, тел.: +7 (495) 777-12-72



www.bbraun.ru



www.vk.com/bbraunrussia



t.me/bbraun_ru

ВРЕМЯ

7

МИНУТ

ОБРАБОТКИ

ОБЪЕМ

130

М³

ПОМЕЩЕНИЯ

БАКТЕРИЦИДНАЯ

99,9

%

ЭФФЕКТИВНОСТЬ

Установка ультрафиолетовая бактерицидная
для экстренной дезинфекции
одновременно воздуха и поверхностей
ДЕЗАР-ОМЕГА-02- "КРОНТ"

НОВЫЙ ЭРГОНОМИЧНЫЙ ДИЗАЙН
ПРОВЕРЕННАЯ ВРЕМЕНЕМ КОНСТРУКЦИЯ
ВЫСОКАЯ ЭКОНОМИЧНОСТЬ ЭКСПЛУАТАЦИИ

ПРИМЕНЕНИЕ

Обеззараживание воздуха и поверхностей
помещений всех категорий в отсутствие людей.

НАЗНАЧЕНИЕ

Основной цикл дезинфекции — **7 минут**:

Обеззараживание **130 м³** воздуха с бактерицидной
эффективностью **99,9%** и поверхностей на расстоянии
3 метра с бактерицидной эффективностью **100%**
по золотистому стафилококку (*St. Aureus*).

Для высокорезистентных штаммов — два
дополнительных режима: 12 минут и 20 минут.

Гарантийный срок – 2 года

Ресурс у/ф ламп – **9 000 часов**

Цена производителя – **480 000 рублей**



30 ЛЕТ
НА РЫНКЕ

Лидер У/Ф технологии в России

АО "КРОНТ-М": +7 (495) 500-48-84; <https://kront.com>

Подробная информация на сайте:

