ноябрь-декабрь 2016, № 11

СПЕЦИАЛИСТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

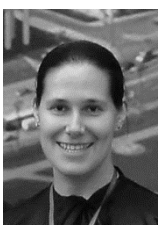
РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

Бубликова И.В., главный специалист по сестринскому делу **Северо-Западного региона**

Подопригора Г.М., к.м.н., доцент кафедры гериатрии, геронтологии и сестринского дела СЗ ГМУ им. И.И.Мечникова

Цуцунава М.Р., BSc, MS, преподаватель, выпускающий редактор

Дмитриева Е.А., гл.медсестра СПб ГБУ ГП № 34, консультант, промоутер



Кузнецова В.В., ст.акушерка родильного отд.НИИ АГ им. Д.О.Отта СЗО РАМН, промоутер

Учредитель:
АНО «Независимое информационное агентство »НИАГара» (г.СПб, с 2004 г.)

ISSN 2413-6271
Спонсор выпуска – ПРОО МР СПб

Открыта подписка на I полугодие 2017 г. (через редакцию)
Стоимость подписки (№№ 12-14) – 559 руб.

АНО «НИАГара»
ИНН / КПП 7813305724 / 781301001, ОГРН 1047855064256
Р/с 40703810305000000019 в Филиале «СДМ-БАНК» (ПАО) в г.СПб (197187, г. СПб, ул. Ленина. Д.14 литера А)
К/с 30101810000000000878;
БИК 044030878
Тел. +79213708822; +79500218010

В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ ЖУРНАЛ ПРОХОДИТ ПРОЦЕДУРУ РЕГИСТРАЦИИ В РИНЦе (Российский Индекс Научного Цитирования – Science Index) для размещения отдельных материалов на сайте научной электронной библиотеки КИБЕРЛЕНИНКА

Журнал зарегистрирован Управлением Федеральной службы по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций по Северо-Западному федерального округу ПИ № ТУ 78-01371

ISSN 2413-6271
ноябрь-декабрь 2016, № 11

СПЕЦИАЛИСТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ®

МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПАЦИЕНТ-ОРИЕНТИРОВАННЫЙ ПОДХОД

СОДЕРЖАНИЕ

ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ПРОО МР СПб

Королькова Н.М. Участие среднего медперсонала в первичной медико-санитарной помощи населению.....5

Антонова И.Г. Организация психопрофилактической работы в школе материнства.....7

Акутина И.В. Симуляционное обучение операционному делу как новый способ обучения персонала.....10

Домахина С.В., Бакеренко М.Е. Обеспечение современного качества эффективности практико-ориентированной подготовки специалистов среднего звена для практического здравоохранения г.Новосибирска и НСО.....13

Цуцунава М.Р. К инновационной деятельности – через инновационное сознание.....16

Дмитриева Е.А. Всероссийский конгресс «Иммунологический щит России» 19

Морозова А.В. Уральский медицинский форум «Здоровье семьи – здоровая Россия» 21

СЕМИНАР ПО ЛИКБЕЗУ

Система аккредитации и НМО повысит уровень отечественной медицины.....24

СЕСТРИНСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ. ВКР

Дащенко, Цуцунава М.Р. Опыт столкновения медицинских работников со смертью 26

ИНФЕКЦИОННАЯ БЕЗОПАСНОСТЬ

Цуцунава М.Р. Загадка пяти шариков. В поиске ответа 32

10-11 НОЯБРЯ 2016Г. В Г.САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ СОСТОЯЛАСЬ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ «ИННОВАЦИИ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ: НАУЧНЫЙ, ТЕХНИЧЕСКИЙ, ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНЫЙ, КАДРОВЫЙ ПОТЕНЦИАЛ В СЕСТРИНСКОЙ ПРОФЕССИИ». -

Организаторами конференции стали Профессиональная Региональная Общественная Организация «Медицинских Работников Санкт-Петербурга», кафедра геронтологии, гериатрии и сестринского дела СЗ ГМУ им. И.И.Мечникова. Целью конференции было обобщить инновационный опыт медицинских сестер Санкт-Петербурга и мотивировать практиков увереннее предпринимать шаги в заявленном направлении, невзирая на естественные трудности, которые встречаются на пути первооткрывателей.

С приветственным словом к слушателям выступили дмн, профессор, зав каф. геронтологии, гериатрии и сестринского дела Зоткин Е. Г.; главный специалист по управлению сестринской деятельностью Комитета по здравоохранению СПб и Северо – Западного Федерального округа, директор медицинского колледжа № 1 Бубликова И.В.

Подопригора Г.М.

Учитывая наметившиеся тенденции в системе здравоохранения и образования медицинских работников, слушатели имели возможность узнать о грядущих изменениях и роли общественной организации в продвижении профессии и в обучении специалистов сестринского дела на современном этапе из доклада Подопригора Г. М. к.м.н., доцента кафедры геронтологии, гериатрии и сестринского дела ГОУ ДПО СПб университет им. И.И. Мечникова, президента ПРОО «МРСП», а также познакомиться с отдельными вопросами аккредитации медицинского персонала, которые прозвучали в сообщении Аристидовой С.Н., завуча кафедры геронтологии, гериатрии и сестринского дела ГОУ ДПО СПб университета им. И.И. Мечникова, исполнительного директора ПРОО «МРСП»). О проблемах на пути к инновационной деятельности прозвучало в сообщении Цуцунава М.Р. «К инновационной деятельности через инновационное сознание».

В рамках тематических секций слушатели участвовали в обсуждении таких вопросов как «Актуальные вопросы сестринского образования», «Школы здоровья» «Операционное дело», «Паллиативная помощь». Итоги работы секций и конференции нашли свое отражение в нижеследующей резолюции:

— создание возможностей для организации взаимосвязанных последовательных сестринских мероприятий стационарных и поликлинических служб, призванных обеспечить преемственность и комплексный подход к диагностике и лечению заболеваний;

— обеспечение возможностей для создания и поддержки программ и служб оказания сестринской помощи, ориентированной на потребности пациента (в частности, организация мастер-классов по уходу за стомированными пациентами на регулярной основе, школ здоровья на базе поликлинических учреждений для пациентов с разными заболеваниями, создание фонда пациент-ориентированных студенческих разработок, апробированных в рамках ВКР (брошюры, памятки и т.п.) и размещение на сайте ПРОО «МРСП»);

— повышение статуса медсестер-руководителей на местном уровне (посредством организации встреч в комитете по здравоохранению и обеспечения участия в процессе принятия решений в рамках реализации политики здравоохранения на регулярной основе -1 раз в месяц);

— обеспечение возможностей для профессионального роста сестринского персонала (в частности, посредством организации «Фестиваля операционных блоков», приуроченного ко Дню операционной медсестры» (12 февраля);

— создание возможностей для повышения практической значимости выпускных квалификационных работ (в частности, посредством формирования банка заявок на изучение определенных вопросов, в которых заинтересовано практическое здравоохранение, размещения на сайте ПРОО «МРСП»;

— оказание поддержки научным исследованиям и распространению информации с целью развития знаний и базы фактических данных по сестринской практике (в частности, посредством дальнейшего развития проекта «Журнал «Специалист здравоохранения»);

— совершенствование системы базового профессионального образования посредством обсуждения актуальных вопросов и обмена информацией между преподавателями СПО и представителями практического здравоохранения, задействованных в практическом обучении студентов СПО в формате «круглых столов» на регулярной основе.

P.S. «Давайте поаплодируем студентам!» Нельзя не отметить одну особенность конференции: преамбулой конференции стала постановка, подготовленная студентами медицинского колледжа им. В.М.Бехтерева под руководством Т.С.Соколовой, в которой была предпринята попытка рассмотреть возможности развития исследовательской деятельности в нашей стране. Для обсуждения этих вопросов были *приглашены* основатели сестринского движения в России и за рубежом: Н.И.Пирогов, Е.Бакунина, княгина Елена Павловна, Ф.Найтингейл Спорные суждения нивелировал Историк (сценарий постановки – Цуцунава М.Р.).

Подопригора Г.М, Цуцунава М.Р.

УЧАСТИЕ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА В ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ

Королькова Н.М.
ГБУЗ «Городская поликлиника №17»

Основными задачами поликлиники являются: оказание первичной (доврачебной, врачебной, специализированной, неотложной) медико – санитарной помощи. Пациент обращается в поликлинику, как правило, на начальной стадии заболевания, когда правильная и своевременная диагностика, адекватно подобранное лечение, своевременная консультация специалистов гарантируют пациенту выздоровление, или стойкую ремиссию заболевания. Приоритетной задачей согласно 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» является повышение качества и доступности медицинской помощи населению в первичном здравоохранении.

Основные разделы работы поликлиники:

– **лечебно-диагностический -** постановка диагнозов, назначение лечения, направления на консультацию, направления на исследование, направление на санаторно-курортное лечение, направление на диетпитание, а также экспертная работа.

– **профилактическое направление**

- диспансеризация больных
- профилактические осмотры
- санитарно-противоэпидемические мероприятия.

Поликлиника пропускает через себя большие массы населения, поэтому в этих учреждениях устанавливается особый санитарно-противоэпидемический режим. **Прививочная работа** проводится в специально выделенном прививочном кабинете.

- **организационно-методический:**

- учет и отчетность.
- организация и проведение конференций, семинаров, как в самой поликлиники, так и участие в этих мероприятиях в других учреждениях.
- повышение квалификации медицинских работников, то есть планирование усовершенствования врачей и медицинских сестер.

– **организационно-массовый** - это работа санитарно-гигиенического воспитания и обучения, пропаганда здорового образа жизни.

Основные функции среднего медицинского персонала, работающего в первичном здравоохранении:

- оказание первичной доврачебной медицинской помощи, (в том числе неотложной), пациентам, проживающим на прикрепленных территориях обслуживания;
- проведение мероприятий по профилактике здорового образа жизни («Школы здоровья»);
- осуществление противоэпидемических мероприятий, в том числе вакцинации, в соответствии с национальным календарём прививок
- Организация амбулаторного приема врача, подготовка рабочего места, приборов, инструментария, подготовка индивидуальных карт амбулаторного больного, бланков рецептов, проведение осмотра больного, предварительный сбор анамнеза;

- Соблюдение санитарно - гигиенического режима в помещении согласно действующим инструкциям и приказам;
- Ведение учетных медицинских документов
- Обеспечение кабинета врача необходимыми медикаментами, стерильными инструментами, перевязочными материалами, спецодеждой. Учет расходов медикаментов, перевязочных материалов, инструментов, бланков специального учета. Контроль за сохранностью и исправностью медицинской аппаратуры и оборудования, своевременным их ремонтом и списанием.
- Проведение персонального учета обслуживаемого населения, выявление его демографической и социальной структуры, учет граждан, нуждающихся в надомном медико-социальном обслуживании.
- Проведение в поликлинике (амбулатории) и на дому доврачебных профилактических осмотров населения.
- Организация учета диспансерных больных, инвалидов, часто и длительно болеющих, контроль их посещений, своевременное приглашение на прием.
- Подготовка больных к проведению лабораторных и инструментальных исследований.

Основные проблемы, возникающие в деятельности медицинской сестры:

- ✓ Необходимость широкого охвата населения
- ✓ «Расширение» деятельности, за счет выполнения работы, не входящей в прямые обязанности медицинской сестры
- ✓ Значительный документооборот
- ✓ Медицинские сестры не ведут самостоятельный прием пациентов
- ✓ Большая загруженность в силу постоянного дефицита кадров

Самостоятельная деятельность медицинских сестер:

- Ведение приема в кабинетах доврачебного приёма
- Проведение занятий в «школах здоровья»

• Патронажи маломобильных пациентов на дому (контроль приема назначенных препаратов, забор биологических материалов, проведение ЭКГ исследования, обучение самоконтролю и самопомощи, обучение родственников правилам ухода, выполнению несложных медицинских манипуляций, оказанию доврачебной помощи)

• Выполнение манипуляций в процедурном кабинете и дневном стационаре (предоставление информации о предстоящем лечении, оказание психологической поддержки, контроль состояния пациента во время проведения процедуры, оказание доврачебной помощи)

• Проведение перевязок в перевязочном кабинете (оценка состояния пациента, предоставление информации о предстоящем лечении, оказание психологической поддержки, контроль состояния пациента во время проведения процедуры, оказание доврачебной помощи)

• Выполнение назначений в физиотерапевтических кабинетах, массаж, занятия на тренажерах

• Съемка ЭКГ, проведение дыхательных тестов и др.

• Акушерско – гинекологическая помощь (забор мазков, смена влагалищного кольца при выпадении матки, периодический осмотр беременной: измерение окружность живота и определяет высоту стояния дна матки, выслушает сердцебиение плода, взвешивает, измеряет АД,

• Фельдшерская помощь (фельдшерская бригада на ОСМП: сопровождение пациента, проведение ЭКГ, оказание неотложной помощи в пределах своей компетенции)

• Профилактическое направление деятельности медицинских сестер

Качественное осуществление сестринского ухода облегчает врачебную задачу, оптимизирует лечебно-диагностический процесс и сокращает его сроки. Врач и медицинская сестра являются звеньями одного процесса. Врачебная деятельность и сестринское дело являются самостоятельными, но дополняющими друг друга профессиями.

Врачи и медицинские сестры имеют общие цели и реализуют их, применяя специальные методы и технологии, которыми они владеют в силу полученного ими образования. Слаженная работа медицинского коллектива позволила улучшить качество и доступность медицинской услуги, тем самым повысив удовлетворённость населения медицинским обслуживанием.

ОРГАНИЗАЦИЯ ПСИХОПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ В ШКОЛЕ МАТЕРИНСТВА

Антонова И. Г.,
акушерка ЖК № 9, СПб ГБУЗ ГП «Городская поликлиника №17»

В силу специфики нашей деятельности, школа материнства является основной школой в женской консультации. Согласно приказу №572 функции школы выполняет теперь кабинет психопрофилактической подготовки к родам. Девиз нашей школы: «Хорошее здоровье и отличное настроение при беременности - залог здоровья и благополучного развития будущего ребенка».

Основные задачи школы материнства:

1.Психопрофилактическая подготовка на ранних сроках беременности.
2.Психопрофилактическая подготовка к родам.
3.Психологическая подготовка к материнству.
4.Психопрофилактическая подготовка семьи к появлению ребенка.
5.Занятия гимнастикой (ЛФК).

В школе также проводятся консультации социального работника, на которых предоставляется информация о социальных гарантиях семьям, имеющим детей, о выплатах и пособиях, о декретном отпуске и т.п.

Психопрофилактическая подготовка на ранних сроках беременности: занятия для беременных раннего срока. Приглашаются будущие мамы от момента постановки на учет и до 20 недель. Основная тема занятия – внутриутробное развитие плода. Кроме того, на занятии освещаются вопросы гигиены и питания во время беременности, а также профилактики осложнений беременности.

Психопрофилактическая подготовка к родам: приглашаются будущие мамы от 30 недель беременности. Темы занятий:

- ✓ Подготовка к родам и предвестники родов. Профилактика осложнений при родах;
- ✓ Поведение в родах;
- ✓ Послеродовый период;
- ✓ Грудное вскармливание;
- ✓ Уход за новорожденным.

Занятия по перинатальной психологии в школе материнства

Психологическая подготовка к материнству: очень важно дать понять будущей маме, как она должна «расти и развиваться» вместе с ее ребенком.

Занятия по перинатальной психологии в школе материнства:

1. Психологические изменения у женщины во время беременности. Индивидуальные особенности женщин и ее отношение к своей беременности. Гестационная доминанта.

2.Психологическая подготовка к родам. Тревожность и как с ней бороться. Семейные роды: правда и страхи. Послеродовые депрессии.

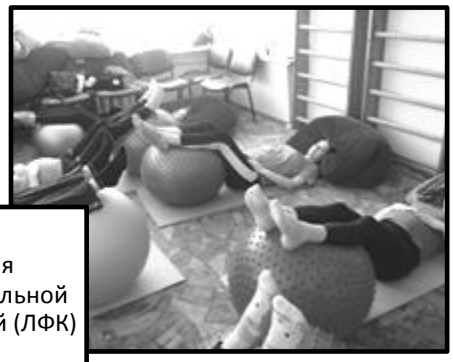
3. Психологическая подготовка к материнству. Какой Вы будете мамой? Как это узнать? Как строить свои взаимоотношения с ребенком после его рождения?

4.Семья и дети: ее благополучное развитие и проблемы. Благополучие семьи – залог здоровья ребенка. Агрессивность ребенка и как с ней бороться?

Психопрофилактическая подготовка семьи к появлению ребенка

Психопрофилактическая подготовка семьи к появлению ребенка: это занятие для молодых семейных пар, так как на него все члены семьи приходят вместе. Занятие посвящено ответам на волнующие вопросы каждой молодой семьи, касающиеся роли папы во время беременности, его участии в родах, в воспитании ребенка, в организации быта и в создании соответствующих условий проживания для семьи.

Занятия оздоровительной гимнастикой (ЛФК): в рамках деятельности школы материнства проводятся занятия по гимнастике для беременных (ЛФК). Цель занятий - профилактика и исправление неправильных положений плода, улучшение общего тонуса беременной, профилактика осложнений в родах.



Занятия оздоровительной гимнастикой (ЛФК)

Дополнительная работа в школе материнства: очень важно, чтобы беременные чаще встречались друг с другом, общались, делились информацией, своими впечатлениями и переживаниями. Для этой цели в школе материнства организуются различные совместные мероприятия: праздники, конкурсы, дни открытых дверей. Соревновательная деятельность на таких праздниках активирует беременных, улучшает настроение и самочувствие, снижает уровень тревожности, позволяет в меньшей степени концентрироваться на своих проблемах и заботах. Проведение таких праздников, как правило, приурочено ко Дню семьи и Дню матери, например.

Победа! Награды!

Во время проведения таких праздников проводятся различные конкурсы: нарисовать эмблему своей команды, заплести косичку, максимально быстро намотать ленту, собрать урожай, попасть в ворота и пр. Выполнение традиционного задания: создать из подручных средств карнавальный костюм для принцессы - наиболее эмоциональный, веселый и захватывающий конкурс. В конце праздника подводятся итоги, каждая команда обязательно получает призы.

В самом начале данного доклада был озвучен девиз нашей школы: «Хорошее здоровье и отличное настроение при беременности - залог здоровья и

благополучного развития будущего ребенка». Именно это мы и стараемся воплотить на практике.

СИМУЛЯЦИОННОЕ ОБУЧЕНИЕ ОПЕРАЦИОННОМУ ДЕЛУ КАК НОВЫЙ СПОСОБ ОБУЧЕНИЯ ПЕРСОНАЛА

Акутина И. В.,
операционная медсестра
СПб ГБУЗ «Городская больница №38
им. Н.А. Семашко»

«Если скорость перемен за пределами вашей организации превышает скорость перемен внутри вашей организации, то ваш конец не за горами» (Джек Уэлч)

Эффективное развитие системы здравоохранения в значительной степени зависит от уровня и качества подготовки, рационального размещения и использования среднего медицинского персонала, как самой объёмной составляющей кадрового ресурса здравоохранения. В современной системе здравоохранения сестринское дело остается важнейшей составной частью, располагающей значительными кадровыми ресурсами. В соответствии с новыми задачами, стоящими перед здравоохранением меняются функции и организационные формы деятельности медицинских сестер. С развитием медицинской науки возрастает роль среднего медицинского персонала в системе здравоохранения. Для ухода за пациентами необходимо осваивать все более сложные медицинские и технические знания и овладевать новыми навыками, а также совершенствовать уже приобретенные.

Программа развития сестринского дела в Российской Федерации до 2020 года, разработана на основе и в исполнении «Концепции развития системы здравоохранения в Российской Федерации», представляет собой документ, содержащий анализ состояния сестринского дела в России, а также цели, задачи и основные направления его развития на долгосрочную перспективу. Программа содержит специальный раздел, посвященный инновациям практической деятельности специалистов со средним медицинским образованием, в котором определены основные направления развития современных технологий сестринской деятельности.

Во всем мире инновационная деятельность в сестринском деле рассматривается как основы ежедневной практики, направленные на повышение качества ухода за пациентом и снижения стоимости услуг системы здравоохранения. Потребность в инновационных решениях очень высока, так как именно сегодня система здравоохранения борется за обеспечение доступных, безопасных и эффективных услуг при одновременном содержании роста и их себестоимости. Важную роль в реализации инновационного проекта играет личная заинтересованность, как новаторов, так и работников практического здравоохранения.

В бюджетной сфере здравоохранения внедрение новых технологий проблематично, свободных средств, как правило, нет. В результате, по некоторым направления частная медицина начинает обгонять бюджетный сектор здравоохранения. Частные клиники оснащают свои подразделения новым медицинским оборудованием, внедряют передовые медицинские технологии, используют опыт западных партнеров, проводят конкурсный отбор и обучение высокопрофессиональных медицинских кадров, поддерживают высокий уровень сервиса, и, самое главное, сохраняет индивидуальный подход к каждому пациенту. Практически во всех развивающихся учреждениях здравоохранения внедряются новые направления деятельности (сосудистое отделение, отделение сестринского ухода, центры здоровья), в связи с этим появляются новые технологии в лечебно-диагностическом процессе (мультидисциплинарные бригады, сестринский процесс), пациентам предоставляются новые медицинские услуги (паллиативная помощь), вносятся изменения по кадровому составу, появляются новые формы взаимодействия между пациентами и медицинским персоналом, врачами и медицинскими сестрами. Изменилась роль медицинской сестры в обществе, изменился и сам пациент. Инновационные преобразования в сестринском деле в учреждениях здравоохранения и социального развития неразрывно связаны с преобразованиями, происходящими в здравоохранении. Сформулировано многоуровневое медицинское образование, создана структура управления сестринским персоналом на республиканском и муниципальном уровне, развивается общественная профессиональная ассоциация средних медицинских работников. Все больше медицинских сестер имеют высшее медицинское и углубленное образование по программе «Организатор сестринского дела», «Семейная медицинская сестра» и так далее.

В номенклатуру специальности медицинских работников внесены новые специальности «Общая практика», «Управление сестринской деятельностью» и так далее. Вводятся новые должности для специалистов с высшим медицинским образованием по специальности «сестринское дело»: заместитель главного врача по работе с сестринским персоналом, заведующий отделением сестринского ухода, заведующий медико-социальным отделом, менеджер и так далее. Внедряются сестринские инновации в области профилактики заболеваний и укрепления здоровья населения. Медицинские сестры консультируют, обучают население само- и взаимопомощи здоровому образу жизни, уходу за пациентами. Термин «хирургическая бригада» включает хирургов, анестезиологов, медицинских сестер, техников и другой персонал операционной, принимающий участие в операции.

В любом деле нужно уметь работать с душой, с полной отдачей и ответственностью. Для здравоохранения, как сферы жизнеобеспечения — это особенно актуально. Современные требования к безопасности оказания медицинской помощи предполагают внедрение новых технологий и способов поведения. Создание печатных рекомендаций и протоколов недостаточно для внедрения новых способов работы. Одним из факторов, сопровождающих новые рекомендации должно быть обучение персонала. Однако, удобный и относительно дешевый информативный метод обучения, с заполне-

нием лекционных аудиторий врачами и медицинскими сестрами, и приглашением экспертов для передачи мудрости, не обеспечивает устойчивых изменений в поведении медицинского персонала.

Основными причинами разрыва теории и практики считаются:

1) недопонимание или неверное толкование рекомендаций;

2) недостаточное доверие из-за отсутствия собственного опыта;

3) приверженность старым привычкам из-за опасения утраты имеющихся доходов;

4) недостаточно развитые технические навыки;

5) отсутствие достаточных материальных ресурсов или перегруженность работой;

6) приверженность старым привычкам из-за отсутствия контроля. Включение в программы непрерывного профессионального образования модулей симуляционного обучения могло бы внести вклад в повышение результативности обучения.

Симуляционное обучение в медицине является новым для российского здравоохранения форматом с выраженным практическим акцентом, эффективно формирующим в участниках прикладные навыки. В учебно-виртуальном комплексе «Ментор Медика» функционирует программа для внедрения в арсенал любого хирурга навыков эндовидеохирургии, реализуемая серией учебных модулей в семь этапов. Совместные усилия персонала УВК «Ментор Медика» и преподавателей кафедры Управления сестринской деятельностью и социальной работы позволяют начать реализовывать подобную программу и для медицинских сестер.

Моделирование условий операционной в учебной виртуальной клинике позволяет смоделировать существующую профессиональную деятельность, расставив акценты на необходимые изменения и редкие ситуации, требующие особых навыков и поведения со стороны любого члена хирургической бригады.

Обязанности операционной сестры постоянно расширяются, сформировался принципиально новый уровень ее совместной работы с хирургом. Она, как никто другой, ответственна за безопасность и надежность при оперативном лечении. Поэтому в ходе реализации программы дополнительного профессионального образования по специальности «Операционное дело» учитывается возрастающая роль этики и психологии в медицине, рекомендации Всемирной Организации Здравоохранения, опыт подготовки медицинских сестер в России, США, странах Европы, достижения отечественного симуляционного обучения. В данную программу включен собирательный термин “медсестра периоперативной практики”, который объединяет три этапа лечения хирургического пациента (пред-, интер- и послеоперационный период), что полностью отображает сестринскую деятельность в хирургии.

Любая профессия требует постоянного обучения, деятельность операционных сестер не исключение и предусматривает подтверждение владением набором определенных практических навыков. Оценку уровня подготовки, а также тренинги по достижению соответствующего уровня в учебной виртуальной клинике, с использованием тренажеров и симуляторов, позволяет сделать эту программу эмоционально насыщенной и полезной для практического здравоохранения.

Командная работа, осознание необходимости взаимодействия, стремление отработать не только практические навыки, но и коммуникативные будут являться основой успешной составляющей подготовки специалиста, что позволит минимизировать риски в практической работе и способствовать безопасной среде в операционных.

Данная методика была разработана и предложена к внедрению учреждением ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, кафедра управления сестринской деятельностью и социальной работы, УВК «Mentor Medicus». Считаю данную методику интересной и готовой к реализации внедрения в процесс обучения операционной бригады в нашем городе.

Исходя из вышесказанного, можно сделать следующий вывод, современная операционная медицинская сестра характеризуется как ответственная, с развитой самодисциплиной личностью, осторожная и благоразумная, способная менять представление о ситуации, о мире по мере поступления новой информации, отличающаяся гибкостью поведения и мышлением, ориентированная на улучшение и развитие, с высоким уровнем жизнеспособности, хорошо обучаемая.

ОБЕСПЕЧЕНИЕ СОВРЕМЕННОГО КАЧЕСТВА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРАКТИКО-ОРИЕНТИРОВАННОЙ ПОДГОТОВКИ СПЕЦИАЛИСТОВ СРЕДНЕГО ЗВЕНА ДЛЯ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ Г. НОВОСИБИРСКА И НСО

С.В. Домахина, М.Е. Бакеренко
Государственное автономное профессиональное образовательное учреждение Новосибирской области
«Новосибирский медицинский колледж»

Повышение качества образования в образовательной организации по подготовке специалистов среднего медицинского звена сместило ориентиры с суммы усвоенной информации на готовность специалиста действовать в различных ситуациях, способного быстро принимать решения и безупречно выполнять необходимые действия в своей профессиональной деятельности.

Современные тенденции образования предполагают ориентацию выпускников на требования, которые предъявляет работодатель, заинтересованный в том, чтобы подготовка будущего работника максимально соответствовала выполняемому виду профессиональной деятельности.

В формировании содержания профессиональных образовательных программ необходимо учитывать модернизационный вектор здравоохранения РФ, потребности рынка труда, накопление «практического опыта» у обучающихся при формировании профессиональных компетенций.

Основными задачами Новосибирского медицинского колледжа по взаимодействию с работодателями при подготовке специалистов является:

1. Определение степени актуальности реализуемых профессиональных образовательных программ реальным запросам рынка труда.
2. Определение соответствия уровня подготовки выпускников (знаний, умений, профессионального опыта) требованиям работодателей.
3. Получение профессиональной помощи в форме рекомендаций по устранению проблемных зон в реализации профессиональных образовательных программ.
4. Внедрение современных образовательных методик и симуляционных технологий в обучении.

При разработке методик и соответствующих образовательных программ мы опираемся на требования Профессиональных стандартов. Такой подход дает возможность ориентироваться на перспективу, учитывать современные тенденции в профессиональной области, обеспечивать опережающий характер профессионального образования. Это позволяет готовить высококомпетентных специалистов, хорошо умеющих выполнять свой вид профессиональной деятельности и готовых к изменениям и новшествам в трудовой деятельности. Единица Профессионального стандарта дает развернутую характеристику содержанию трудовой функции и соответствующих компетенций, проецируется в модуль обучения. Модуль программы определяет, что будет уметь обучающийся в рамках конкретной специальности. Образовательная программа формирует специалиста, готового выполнять профессиональную деятельность, в соответствии со специальностью и актуальными требованиями работодателя исходя из цели области профессиональной деятельности, вида трудовой деятельности, трудовых функций и надпрофессиональных компетенций.

Для формирования востребованного выпускника необходимо комплексное освоение компетенций. Современный медицинский работник должен владеть общими компетенциями, которыми он сможет успешно воспользоваться на практике в различных трудовых контекстах и ситуациях. Устранение разрыва между теоретическим и практическим знанием и опытом дает возможность максимально эффективного обучения. Тесное взаимодополняющее практическое и теоретическое знание основано на потребностях специальности, ориентировано на запросы работодателей.

Задача преподавателя - организация таких ситуаций, где возможно применение нового опыта с использованием полученного знания или приобретенных умений в новых ситуациях. Для того чтобы оценить насколько обучение эффективно нужно предоставить возможность обучающимся объективно взглянуть на то, что они делают и как, помочь им вынести из этого новое знание. Для того, чтобы реализовать это, необходима соответствующая среда, в которой происходит освоение нового опыта, его осмысление и применение. Среда с необходимыми ресурсами – это симуляционный центр. Симуляционное обучение дает возможность имитации трудовой среды и адаптации к трудовой деятель-

ности во всем ее многообразии. Обучающийся может осваивать вид профессиональной деятельности целостно, применяя на практике профессиональные и общие компетенции, в различных стандартных и нестандартных ситуациях.

Поэтому, моделирование обстановки рабочего места и наличие симуляторов, позволяющих отработать манипуляции, являются важным звеном в формировании психологической и моторной готовности обучающихся к работе с пациентом.

Таким образом, симуляционное обучение предоставляет возможность каждому обучающемуся не однократно осуществить профессиональную деятельность или её элемент в соответствии с профессиональными стандартами и порядками оказания медицинской помощи в условиях, максимально приближенных к реальной производственной среде.

Создание в нашей образовательной организации Симуляционного центра 1 уровня, привело к необходимости разработки и внедрению симуляционных методик по самым основным кластерам практического тренинга: уходу за пациентами, акушерству и гинекологии, основам реаниматологии, пропедевтике внутренних болезней.

На данном этапе активно проводится апробация методического обеспечения направления медицинской симуляции «стандартизированный пациент»: сценарий, оценочная документация (контрольные листы для оценки деонтологических навыков работы с пациентом, для оценки профессиональных навыков).

Итак, современная методика обучения предполагает, что преподаватель помогает «научиться что-то делать». Организованное таким образом обучение с использованием симуляционных технологий предполагает, что те знания и умения, которые получит обучающийся будут проецироваться в виде трудовых функций в последующей профессиональной деятельности. Мы предполагаем, что наше обучение ориентировано на строго практическую основу, соответствующую виду профессиональной деятельности, а использование инновационных и симуляционных технологий делает это обучение высокоэффективным.

Потенциальный потребитель, у которого есть свобода выбора, предпочтет продукцию более производительной организации просто потому, что она имеет более высокую ценность; в связи с этим, на основании сбора объективной и субъективной информации от потребителей по заявкам работодателей в НМК проводится разработка и внедрение новых дополнительных образовательных инновационных программ по направлениям специализации (более 35), что повышает конкурентоспособность и обеспечивает трудоустройство выпускников.

Результаты экспериментальной и инновационной деятельности внедряются на клинических базах города Новосибирска - это программы специализации с привлечением сотрудников МО, как соавторов программы, кураторов производственных практик и как преподавателей. При формировании профессиональных компетенций выпускника широко используются технологии: профессионально ориентированные, саморазвития личности, критического мышления; обеспечивающие профессиональное становление личности современного конкурентоспособного специалиста, готового к полноценной профессиональной деятельности.

К ИННОВАЦИОННОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ – ЧЕРЕЗ ИННОВАЦИОННОЕ СОЗНАНИЕ

Цуцунава М.Р., ассистент кафедры геронтологии, гериатрии и сестринского дела СЗ ГМУ им. И.И.Мечникова

Вместо вступления

Хоген, китайский мастер Дзэн, жил один в маленьком храме в деревне. Однажды четыре странствующих монаха попросили его разрешить им разжечь костер и обогреться. Когда они устроили костер, Хоген услышал, что они спорят об объективности и субъективности. Он присоединился к ним и сказал: «Вот большой камень. Как вы считаете, находится он внутри или вне нашего сознания?» «С буддистской точки зрения всякая вещь является воплощением сознания, так что, по-моему, камень находится внутри сознания», - ответил один из монахов. «Твоя голова, должно быть очень тяжелая», - сказал Хоген, - «если ты таскаешь в своем сознании такие камни».

В Российской Федерации инновационное развитие здравоохранения является одним из основных направлений реформирования системы здравоохранения, определенных Концепцией развития системы здравоохранения в РФ до 2020 года. Новыми требованиями к модернизации и развитию сестринского дела (Программа развития сестринского дела в РФ на 2010-2020 годы) стали:

- разработка технологий деятельности сестринского персонала по наиболее распространенным заболеваниям,
- рационализация схем и сокращение сроков передачи управленческой информации;
- создание интегрированной системы использования информационных ресурсов здравоохранения и обеспечения доступа к ним специалистов среднего звена практического здравоохранения.

При этом, по оценкам специалистов, реформирование отечественного здравоохранения пока не привело к результатам, которые удовлетворяли бы общество, большинство проблем до сих пор остается нерешенным. Как отмечают специалисты, сегодня инновационная деятельность в здравоохранении вообще и в ЛПУ в частности характеризуется размытостью приоритетов, низким уровнем инновационного потенциала даже в ведущих учреждениях региона, за исключением профильных научно-исследовательских учреждений, слабостью внедрения результатов научных исследований. К наиболее значимым причинам неэффективной организации инновационной деятельности и ее внедренческой составляющей были отнесены отсутствие единой, доступной базы данных по готовым инновационным продуктам (82,4%), низкий уровень информационного обмена между авторами и разработчиками инноваций и практикующими врачами (75,6%), консерватизм врачебного сообщества в целом, в том числе и руководителей ЛПУ (70%), низкая инновационная культура (69,8%), нежелание перемен (65,3%).[1]

[1] Сыстерова А. А., Тоцкая Е. Г. Внедрение инноваций в здравоохранении // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2012. №5 С.17-18.

Однако есть еще одна причина или вопрос, мимо которого сегодня невозможно пройти. Это – инновация сознания. Если сознание топчется на одном месте, перспективы инновационной деятельности весьма сомнительны. «*Если ваше сознание подобно мячику для гольфа, из любой книги вы возьмете мыслей не больше этого мячика, а глядя в окно — увидите мир точно с такой же мячик. Вы просыпаетесь и проживаете очередной день, включаясь в жизнь через этот мячик, и радость, испытанная вами, также помещается в него*».[2]

Каковы признаки того, что наше сознание топчется на одном месте? До сих пор сегодня можно услышать или прочитать избитую фразу «медицинская сестра по-прежнему воспринимается только как помощник врача». При этом сразу следует отметить, что в такой роли медицинскую сестру видит в основном именно врачебный персонал. Что касается общественности, то она (общественность) считает профессию медицинской сестры одной из наиболее социально значимых и именно потому, что она призвана поддерживать и охранять здоровье населения. Значит, и отношение к ней должно быть соответствующее. Это заявка на серьезный и многообещающий прорыв в сознании общественности. Однако медицинская общественность не торопится это понимать, тем самым демонстрируя и доказывая наличие другого, при этом не делающего ей чести уровня сознания советского периода развития общества…

Однако не только это должно настораживать: до сих пор можно услышать и о том, что профессия медицинской сестры не является престижной. В 1999 году в журнале «Сестринское дело» была опубликована статья, посвященная 100-летию деятельности международного совета медицинских сестер. Выступивший президент МСМ Кирстен Сталкнет с высокой трибуны предложила решение этой проблемы и сказала буквально следующее: «…если мы сами не будем гордиться своей профессией, она останется непрестижной. В наших силах повысить общественный статус медсестры и значимость своей профессии в системе здравоохранения. Мы в состоянии усовершенствовать саму систему охраны здоровья…»[3] Увы, по всему только единицы услышали эти простые мудрые слова, но, вероятно, потому, что сознание большинства к этому не было готово.

С тех пор прошло уже 17 лет, а пластинка все та же: «профессия не престижна… профессия не престижна». Одного этого факта достаточно, чтобы доказать, что с сознанием представителей профессии и всех тех, кто задействован в ее развитии, мало что происходит. Это доказывают и научные исследования: 75,5% медицинских сестер считают, что повышение престижа профессии медсестры является важным направлением Программы развития сестринского дела. Другими словами, пусть за нас это кто-нибудь сделает, а мы терпеливо подождем. Ждали 25 лет и еще подождем, осталось самая малость… При этом своей роли они в этом не видят. Таким образом, можно было бы констатировать, что сознание большинства медработников не готово ни к каким инновациям. И, тем не менее, движение в сторону качественной медицинской и сестринской помощи имеет место быть. С неимоверными усилиями, однако, сумели проложить свой путь в здравоохранение технологии, которые могут называться сестринскими:

Вакуумный забор крови: 80% отметили, что на выполнение манипуляции по традиционной методике (забор крови шприцем) затрачивалось в среднем 5-10

[2] Дэвид Линч «Поймать большую рыбу. Медитация, осознанность и творчество»

[3] Наше будущее – в единстве // Сестринское дело. – 1999. - № 6

минут, остальные медсестры (20%) тратили больше времени на забор крови – от 10-15 мин. Все респонденты отмечают, что применение одноразовых вакуумных систем значительно сокращает время выполнения этой медицинской услуги до 3-5 минут (80% медсестер), до 5-10 минут (20% медсестер).

Комплект для взятия для взятия крови: игла со специальными "крылышками" позволяет лучше фиксировать иглу в вене, а гибкий катетер гарантирует правильное расположение пробирки. Медицинские сестры единодушно отмечают удобство применения комплекта для взятия крови, а также существенное облегчение процедуры забора крови у взрослых и детей с труднодоступными венами.

Прибор для визуализации вен позволяет сократить время выполнения в/в манипуляции практически вдвое. Без применения данного прибора («слепой» поиск вен) 80% респондентов при обслуживании одного пациента в среднем на выполнение внутривенной манипуляции тратят 5-10 минут, с прибором визуализации вен – 3-5 минут. Остальные респонденты (20%) отмечают сокращение временных затрат на обеспечение венозного доступа с 10-15 минут до 5-10 минут соответственно.

Штрих-код на бланк-заказах: ЭТО нововведение облегчает труд медицинской сестры, создает удобство для чтения маркировки, а также снижает вероятность ошибок в маркировке биоматериала до минимума.

Сестринская полипараметрическая технология оценки проблем пациента: полипараметрический анализ проблем пациента заключался в одновременной регистрации ряда физических, психических и социальных параметров, позволяющей, после соответствующей обработки, комплексно определять проблемы пациента.

Сестринские инновации – что это?

Международный совет медсестер определил сестринские инновации как основной источник развития систем здравоохранения во всем мире, так как медицинские сестры работают во всех медицинских учреждениях, со всеми типами пациентов, семей, сообществ, взаимодействуя как с работниками системы здравоохранения, так и со специалистами других отраслей. Инновации в сестринской практике чаще всего являются процессом постоянного пересмотра, обновления и улучшения результатов. И, несмотря на то, что они не приводят к значительным достижениям, о которых «звонят на всех углах», они способствуют повышению компетентности сестринского персонала и занимают центральное место в обеспечении и улучшении качества ухода.

Каким образом можно подтолкнуть эту деятельность? Ответ простой – надо развивать сознание. Именно это важно, потому что «Наше сознание — это именно то живое, а быть может, и священное, что есть в каждом из нас. Всё остальное в нас — мёртвая механика»[4]. А развитие сознания тесно связано с личностным ростом. В современ-

[4] Курт Воннегут "Завтрак для чемпионов"

ной тренинговой практике под «личностным ростом» понимают качественные изменения личностного потенциала, успешно решающие жизненные задачи и открывающие разнообразную личностную и профессиональную перспективу.[5]

Тренинги личностного роста направлены на развитие умений для более эффективной организационной деятельности и изучение процессов, происходящих в малых группах. Внимание обращается на проявляющийся в стиле взаимодействия вклад каждого участника в эмоциональный климат группы и процессы принятия ею решений. Ключевой идеей подобных тренингов является стремление помочь развитию личности путем снятия ограничений, комплексов, освобождения потенциала. Трансформация человеческого Я в изменяющемся мире способствует более высокому уровню субъективного благополучия и большей эффективности в профессиональной деятельности и межличностных отношениях. Результатом личностного роста является человек, максимально полно раскрывший (соразмерно своим возможностям и ресурсам) и использующий свой человеческий потенциал. Дело остается за малым: создать условия для формирования установки на личностный рост.

Гигиена сознания: с чего начать?

Размышление над нижеследующей позицией может послужить хорошим началом пути к личностному росту: *«…Когда рядом со мной кто-то на кого-то начинает жаловаться, у меня есть стандартный ответ: «Я с удовольствием послушаю твой рассказ о том, что лично ты сделал для того, чтобы было по-другому. Если ты не являешься частью решения — значит являешься частью проблемы».*

ВСЕРОССИЙСКИЙ КОНГРЕСС «ИММУНОБИОЛОГИЧЕСКИЙ ЩИТ РОССИИ» (Москва, 16 ноября 2016г.)

Дмитриева Е.А,
главная медсестра СПб ГБУЗ «Городская поликлиника № 34»

Профессиональная Региональная Общественная Организация «Медицинских работников Санкт-Петербурга» приняла участие во Всероссийском конгрессе «Иммунобиологический щит России», который проходил в Москве 16 ноября 2016 года. По поручению президента ПРОО «МРСП» в конгрессе приняла участие Елена Александровна Дмитриева, главная медицинская сестра СПб ГБУЗ «Городская поликлиника №34».

[5] Казачихина М. В. Формирование установки на инновационную деятельность у педагогов // Образование и наука.- 2011. - №2 - С.42-52.

Конгресс начался с пленарного заседания: «Национальная политика в области иммунопрофилактики: запросы государства и общества». На заседании выступили: В.И. Скворцова, министр здравоохранения РФ, Д.В. Мантуров, министр промышленности и торговли РФ, М.А. Мурашко, руководитель Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения, А.Ю. Попова, руководитель Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека.

В течение дня состоялись круглые столы: «Экспорт российских лекарственных препаратов на рынки СНГ и других стран. Экспортный потенциал отечественных предприятий. Экономическое сотрудничество в рамках ЕАЭС», «Национальная политика в области иммунопрофилактики: взаимодействие государства и бизнеса в интересах развития отрасли и блага граждан РФ», «Взаимодействие со СМИ – формирование позитивного отношения к вакцинации среди населения и социальная реклама».

Кроме того, в рамках конгресса прошел симпозиум: «Обзор текущего состояния и перспектива модернизации и расширения календаря». Заслушаны доклады: «Текущее состояние Национального календаря прививок в РФ», «Расширение национального календаря прививок», «Глобальные перспективы развития вакцин», «Иммунизация в менеджменте пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями».

Обсуждались вопросы о введении ответственности родителей за отказ от вакцинации детей, последствиях отказа от профилактических прививок, расширение контингента, о включении в календарь новых прививок (от ветряной оспы, ротовируса) и расширении вакцинации от пневмококковой инфекции. Были приведены основные отличия национального календаря прививок РФ от календарей профилактических прививок развитых стран.

Пленарное заседание "Национальная политика в области иммунопрофилактики: запросы государства и общества"

В одном из докладов был освещен вопрос о новых отечественных вакцинах для профилактики инфекционных заболеваний: вакцина полиомиелитная пероральная, для профилактики лихорадки Эбола, универсальная вакцина против гриппа, кандидатная вакцина против туберкулеза.

Представлена презентация «Прививки по эпидемическим показаниям: ветряная оспа менингококковая инфекция» Ю.В. Лобзин, академик РАН, главный инфекционист КЗ

ПРОЕКТ ПО РАСШИРЕНИЮ НАЦИОНАЛЬНОГО КАЛЕНДАРЯ ПРИВИВОК

Разработан проект по расширению Национального календаря прививок, в который будут добавлены прививки от ротавирусной инфекции и ветряной оспы. Об этом на конференции «Иммунологический щит России» заявила министр здравоохранения РФ **Вероника Скворцова**. Она отметила, что введение новых прививок позволит уже через год-полтора снизить заболеваемость от этих инфекций на 70%, а еще через год на 90%.

Источник: Фармвестник.ру

СПб, главный специалист по инфекционным болезням детей МЗ РФ, директор ФГБУ НИИДИ ФМБА России. Озвучено обоснование включения вакцинации против ротавирусной инфекции в календарь прививок РФ.

Л.С.Намазова–Баранова, академик РАН, директор НИИ педиатрии представила доклад по вакцинации от папилломовирусной инфекции, которая остается одной из немногих рекомендованных ВОЗ, и не включена в Национальный календарь профилактических прививок Российской Федерации. В настоящее время прививка против ВПЧ включена в календарь в 60 странах, а в шести из них введена вакцинация обоих полов. Актуальность введения прививки в календарь обусловлена еще и тем, что вирусы папилломы человека вызывают злокачественные перерождения клеток.

Дмитриева Е.А., главная медсестра СПб ГБУЗ "Городская поликлиника № 34"

Так же внимание было уделено вопросам истории антивакцинного движения в мире, результатам опроса об отношении к вакцинации, основным причинам сомнений или отказа вакцинироваться, готовности прививать детей в целом, готовности медицинских работников прививать детей, информированности населения, информированности антивакцинщиков, тональности публикаций в соцсетях и форумах.

Всероссийский конгресс «Иммунобиологический щит России» прошел на высоком уровне. Представленная информация очень важная, интересная и актуальная на сегодняшний день. В ближайшее время будет размещена презентация по материалам конгресса.

Выражаю огромную благодарность президенту ПРОО «МРСП» Подопригора Г.М. за предоставленную возможность принять участие в таком важном мероприятии.

(Дмитриева Е.А.)

УРАЛЬСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ФОРУМ

«ЗДОРОВАЯ СЕМЬЯ – ЗДОРОВАЯ РОССИЯ»

Морозова А.В.,
ст. медсестра детского поликлинического отделения № 5
СПб ГБУЗ "Городская поликлиника № 3»

24 ноября 2016 года в Екатеринбурге состоялся Четвертый Медицинский Форум «Здоровая семья – здоровая Россия». На дискуссионной площадке собрались

ведущие специалисты Урала в области охраны здоровья, семейной и демографической политики. В рамках IV Уральского медицинского Форума "Здоровая семья - здоровая Россия" состоялась научно-практическая конференция "Инновационные подходы к совершенствованию профессиональной деятельности специалистов со средним медицинским образованием в условиях современного здравоохранения, направленного на сохранение здоровья семьи". На конференции присутствовало специалисты со средним медицинским образованием (фельдшеры, акушерки, медицинские сестры) из Свердловской области и Екатеринбурга. В работе конференции активно участвовали специалисты из Новосибирска, Челябинска, Сургута, Тюмени, Кургана, Ишима и Санкт – Петербурга, представителем которого была старшая медицинская сестра СПб ГБУЗ ГП № 3 ДПО № 5 Морозова Алла Владимировна.

Цель Форума – обсуждение проблем, связанных с научно-практической деятельностью в сфере сохранения и укрепления здоровья семьи, организации медицинской помощи, лекарственного обеспечения и совершенствования межведомственного взаимодействия. «Стратегические цели современной государственной социальной политики направлены на прекращение убыли населения и увеличение продолжительности жизни, сохранение и укрепление здоровья на основе формирования здорового образа жизни. В решении поставленной задачи роль семьи сложно переоценить», - сказала в своем приветственном слове к участникам форума заместитель министра здравоохранения Елена Анатольевна Чадова.

Проведение данного Форума - еще один шаг к решению вопросов, связанных с сохранением и укреплением здоровья семьи. Елена Эдуардовна Лайковская – первый заместитель министра социальной политики Свердловской области озвучила доклад «Семейная политика. Новые подходы». Достижение эффекта зависит от согласованных действий многих секторов общества. На Форуме среди организаторов и участников были представители власти, науки, надзорных органов, общественных организаций, студенчество, практические врачи. В программе Форума большое внимание было уделено вопросам формирования здорового образа жизни и профилактики заболеваний. В городе создана комплексная программа Свердловской области «Здоровье уральцев на 2015 – 2017года», проект «Медицина без табака». Комплексный подход к онкологическим заболеваниям – «Зелёный коридор» при обнаружении онкологического заболевания (комплексное обследование в течении 10 дней).

Морозова А.В., ст.медсестра детского поликлинического отделения № 5 СПб ГБУЗ "Городская поликлиника № 3"

Сложившаяся в области система формирования здорового образа жизни предусматривает самые разнообразные традиционные и инновационные формы работы, постоянно увеличивается охват различных групп населения. Доказали свою эффективность школы здоровья для пациентов, клиники дружественные молодежи, образовательные программы в школах, массовые акции профилактической направленности. Активно развивается волонтерское движение - важное проявление гражданской позиции и социальной ответственности.

Одна из современных профилактических технологий, доступная каждому - диспансеризация населения, которая проводится с целью ранней диагностики заболеваний и коррекции поведенческих факторов риска, способствующих их развитию:

нездорового питания, низкой физической активности, курения, злоупотребления алкоголем. О важности этой технологии свидетельствует тот факт, что только в 2015 году количество впервые выявленных заболеваний составило 127 тысяч случаев.

На территории Свердловской области работают 25 центров здоровья: 19 - для взрослых и 6 - для детского населения. Ежегодно в них проходят обследование свыше 200 тысяч свердловчан. Каждый посетитель по завершению обследования получает индивидуальный план оздоровления, который помогает сохранить здоровье не только ему. Полученные навыки по ведению здорового образа жизни служат хорошим примером для других членов семьи. Во многих поликлиниках созданы школы «Заботливых родителей», школа «Оздоровления семей медицинских работников» и т.д. Это ещё раз показывает, что для сохранения здоровья используются все средства и возможности, для того, что – бы приобщить каждого жителя к сохранению ценностям здорового образа жизни.

Собравшиеся специалисты представили свой профессиональный опыт по различным направлениям работы с семьей: в женской консультации, родильном доме, участковой службе, стационарах различного профиля. В докладах отмечен значительный вклад специалистов со средним медицинским образованием в формирование у населения приверженности к здоровому образу жизни, а также намечены пути дальнейшей деятельности по сохранению здоровья российских семей. Хочется отметить особенно тёплую атмосферу в зале, которую передавали участники, представляя свои доклады. Каждый участник хотел донести до слушателей свои проблемы и пути их решения. И своим опытом поделиться со всеми. Меня поразила открытость этих людей, дружелюбие и гостеприимство.

Большое спасибо хочется сказать организаторам этого Форума, а также передать слова благодарности Президенту Профессиональной Региональной Общественной Организации Медицинских Работников Санкт – Петербурга Галине Михайловне Подопригора за предоставленную возможность участвовать в форуме.

До новых встреч, Екатеринбург!

СИСТЕМА АККРЕДИТАЦИИ И НМО ПОВЫСИТ УРОВЕНЬ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ МЕДИЦИНЫ

ПЛАНИРОВАНИЕ АККРЕДИТАЦИИ

Установлено нескольких видов аккредитации:

1) Первичная аккредитация будет проводиться самой образовательной организацией. Первичная специализированная аккредитация проходит после выполнения учебного плана ординатуры и циклов профессиональной переподготовки.

2) Компетентностная аккредитация должна проходить после получения новой компетенции (навыка).

3) Периодическая аккредитация будет проходить после выполнения учебного плана дополнительного профессионального образования, начиная с 2021 года.

Часть испытаний для каждого соискателя на получение аккредитации будет организована с использованием симуляционных технологий и методов современного медицинского образования. Для аттестационных испытаний на всей территории страны будут использованы единые задания, и сам тест будет во многом аналогичен ЕГЭ.

Под аккредитацией специалиста понимается процедура определения соответствия готовности лица, получившего высшее или среднее медицинское или фармацевтическое образование, к осуществлению медицинской деятельности по определенной медицинской специальности в соответствии с установленными порядками оказания медицинской помои и со стандартами медицинской помои либо фармацевтической деятельности.

п. 3 статьи 69 главы 9 Федерального закона РФ № 323 от 21.11.2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

По замыслу организаторов, выстраиваемая система аккредитации должна стать полностью прозрачной, и со всеми требованиями можно будет ознакомиться заранее на официальном сайте. Для оценки уровня знаний в ходе тестирования – из единой федеральной базы автоматизированная система случайным образом будет формировать индивидуальный перечень вопросов. Для решения ситуационных задач в соответствии с компетенцией будет использоваться банк ситуаций объективного структурированного клинического экзамена. Тесты на симуляторных системах предусмотрены только для специалистов, приобретающих практические навыки. Кроме того, для периодической аккредитации будет проводиться анализ портфолио

специалиста. Для оценки навыков медработников кроме тестов планируется также использовать видеорегистрацию, чек-листы, стандартизованных пациентов, системы «Телементор» и «Автар», симуляторы с регистрацией параметров.

Система «Телементор» является отечественной разработкой и может использоваться в режиме тренинга для самоподготовки, а также в ходе экзамена. В нее включена видеорегистрация и листы экспертного контроля для каждого навыка.

«Идеальное» выполнение разбивается на элементарные этапы (алгоритм действия с внешними критериями правильности выполнения). Чтобы получить представление об уровне компетентности претендента по данному навыку оценивается каждый элементарный этап навыка. Оценка этапа производится по системе зачёт/незачёт. Каждый этап в системе оценки имеет определённый вес в штрафных баллах, размер которого зависит от его значимости для итогового результата манипуляции. Так же за каждую секунду, потраченную на выполнение процедуры, начисляется соответствующее количество штрафных баллов.

Еще одна отечественная разработка – система виртуального пациента «Айболит» I-БОЛИТ (системы «Аватар») – снабжена механизмом голосового распознавания и представляет собой нечто среднее между погружением в сценарий общения с пациентом и тестом. Ее преимущество в том, что каждый сценарий сопровождается листом экспертного контроля, который автоматически заполняется в ходе работы экзаменуемого.

В 2017 году пройдет аккредитация молодых специалистов по всем специальностям, - сообщила главный специалист Петербурга по сестринскому делу Ирина Бубликова. - Уже работающим специалистам, у которых закончится действие сертификата, получать аккредитацию снова не понадобится, они продлят действие сертификата. А в 2018 году уже не только студенты, окончившие медицинские вузы, но и выпускники системы профессионального среднего образования (медсестры, акушерки, лаборанты) выйдут из стен учебного заведения аккредитованными специалистами. И впервые будут получать аккредитацию получившие образование по программам ординатуры или те, кто пройдет в 2018 году профессиональную переподготовку.

Использованная литература

- Бурышкова Н. Н., Кораблев В. Н., Дементьева Е. Л. Новые подходы к аттестации медицинских кадров в условиях модернизации здравоохранения // Дальневосточный медицинский журнал. - 2014.- №2. - С.103-106.
- Система «ТЕЛЕМЕНТОР» для подготовки медицинских кадров Режим доступа: http://rosomed.ru/theses/178 Дата обращения: 30 ноября 2016
- Аккредитация медицинских специалистов // Ремедиум Приволжье. - 2015. - № 9 (139).

ОПЫТ СТОЛКНОВЕНИЯ МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА СО СМЕРТЬЮ

Дащенко Е.Е.,
Цуцунава М.Р.

Актуальность вопроса

В научной психологической литературе имеется немного работ, посвященных теме столкновения со смертью, и, по словам авторов, с этой проблемой чрезвычайно трудно работать.[6] Работа Богдановой Т.А. и Перминова С.О. позволила прийти к выводу, что люди, столкнувшиеся с конечностью жизни, обладают более высокой осознанностью отношений с собой и миром, более осмысленной оценкой своей жизни, чем те, у кого не было подобного опыта. В работе Абдулгалимовой С.А,[7] посвященной отношению к собственной смерти и переживанию страха смерти, показано, что чрезмерно жесткие защиты нашего времени, основанные на отрицании, игнорировании этой данности нашего существования при определенных обстоятельствах не выдерживают и могут порождать различные формы психической патологии и прежде всего тревожные расстройства. Результаты исследования позволили автору сделать вывод о том, что не осмысленный и не интегрированный опыт общения со смертью у современного человека вызывает страх переживания собственной смерти.

В настоящее время подготовка медицинских работников в вопросе столкновения со смертью практически отсутствует[8]. При этом еще в 1988 г. И. Харди указывал на то, что чаще всего первый опыт столкновения со смертью наносит психический вред, который впоследствии может обратиться как защитный механизм в агрессию, деперсонализацию, равнодушие, что неизбежно будет подводить медицинского работника к синдрому эмоционального выгорания.[9]

Целью настоящего исследования явилось изучение опыта столкновения медицинской сестры со смертью, его влияние в дальнейшем на личностные особенности, на профессиональную деятельность и на отношение к собственной смерти.

Исследовательская площадка

[6] Богданова Т.А., Перминова С.О. Экзистенциальная проблема столкновения со смертью и особенности ее преодоления // Вестник Южно-Уральского государственного университета. Серия: Психология. – 2013. – Вып. № 2. -Том 6.

[7] Абдулгалимова С.А. Отношение к собственной смерти и переживание страха смерти // Вестник социально-педагогического института. – 2012. – Вып. 2.

[8] Богданова Т.А., Перминова С.О. Экзистенциальная проблема столкновения со смертью и особенности ее преодоления // Вестник Южно-Уральского государственного университета. Серия: Психология. – 2013. –Вып. № 2. - Том 6.

[9] Харди И. Врач, сестра, больной. Психология работы с больными, Будапешт, 1988 г.

Исследование было проведено на базе СПб ГБУЗ «Городская больница № 26» в отделении реанимации.

Участники исследования

В исследовании приняли участие 15 медицинских сестер в возрасте от 25 до 65 лет, все участники – женщины. Из них 7 человек со стажем работы до 15 лет и 8 человек – более 15. Перед проведением анкетирования участники были проинформированы о вопросе исследования, им гарантировалась анонимность участия в исследовании.

Методы сбора и анализа данных

Исследование проводилось методом анкетной формы опроса как наиболее удобной при обработке и анализе данных. Анкета включала 8 вопросов. Для обработки данных в работе был применён статистический подход и обработка материала вручную. Статистическая обработка проводилась с использованием пакета анализа данных Microsoft Excel 2010.

Результаты исследования

На вопрос ***«Как вы относитесь к пациенту, который находится на грани жизни и смерти?»*** 60% респондентов ответили, что «смерть - это неотъемлемая часть жизни, она органично присутствует в жизни человека»; 27% - делают «все, чтобы отодвинуть эту проблему подальше от своей жизни» (даже «гонят мысли»); и 13% ответили, что испытывают страх и пустоту.

На вопрос анкеты ***«Как вы относитесь к собственной смерти?»*** 74% ответили, что делают все, чтобы отодвинуть эту проблему подальше от собственной жизни (даже гонят мысли), 13% - испытывают страх и пустоту и 13%, что смерть – это неотъемлемая часть жизни, она органично присутствует в жизни человека.

На вопрос ***«Вспомните случай умирания пациента на вашем дежурстве. Какие эмоции вы испытали тогда?»*** 73% респондентов испытали чувство вины (что-то не сказали, не сделали для того пациента), 7% не испытали ничего особенного и 20% предложили свой вариант ответа («сделала, все, что могла», «значит так надо было»).

На вопрос анкеты ***«Проводились ли занятия, как вести себя в стрессовых ситуациях (недопонимание в коллективе, умирание пациента, общине с его родственниками и т.п.), в образовательном учреждении, в котором вы обучались?»*** 73% ответили, что проводились, но очень поверхностно, 20% - нет и 7%- да.

На вопрос анкеты ***«Насколько результат выздоровления и смерти, по-вашему мнению, зависит от медсестры?»*** 80% ответили - частично зависит (хороший уход и психологическая поддержка медсестры может изменить качество жизни пациента) и 20% сообщили, что многое зависит от медсестры (исключение-паллиатив).

На вопрос ***«Считаете ли вы необходимыми психологические тренинги и общение с психологом в учреждении, в котором работаете?»*** 47% ответили – «возможно, но я пока не знаю, как это работает», 20% - «нет, эти знания надо давать в образовательном учреждении, опытной медсестре это не нужно» и 33% - «да, это помогло бы мне найти новые подходы к проблемам с пациентами».

Обсуждение результатов

Медицина – это особая сфера, которая, если не ежедневно, то, безусловно, чаще, чем в других сферах человеческой деятельности являет нам свидетельства раннего или позднего окончания жизненного пути человека, коим является смерть. Когда кто-то решает приобрести медицинскую профессию, за редким исключением он или она рассмотрят эту специфику будущей деятельности и, тем более, как она может повлиять на всю последующую жизнь. При этом известно, что уже первый опыт столкновения со смертью чаще всего наносит психический вред, который впоследствии может обратиться как защитный механизм в агрессию, деперсонализацию, равнодушие. В данной ситуации особое значение приобретает подготовка в этой области сестринского персонала, так как именно на медицинских сестер возлагается основная нагрузка по уходу за указанной категорией больных. Чем тяжелее состояние пациента, тем важнее для него профессиональный сестринский уход.

При этом результаты данного исследования подтвердили, что специальной подготовки для работы с умирающими пациентами работающий персонал не имел. На соответствующий вопрос большинство респондентов ответили, что занятия, если и проводились, то *поверхностно*. Таким образом, большинство медицинских сестер, приступая к своим обязанностям, в которые входит и уход за умирающим пациентом, не только обладают поверхностными знаниями в области этого непростого вопроса, но и практически не защищены от того стресса, с которым сталкиваются.

Оценка результатов исследования также показала, что отношение медицинской сестры к смерти пациента не совпадает с отношением к собственной смерти. То есть, если смерть пациента для нее естественна («смерть - это неотъемлемая часть жизни, она органично присутствует в жизни человека»), то собственную смерть медицинская сестра отрицает, старается об этом не думать.

Отрицание собственной конечности существования можно объяснить с позиции модели Э.Кюблер Росс. В 1969 году в своей работе «О смерти и умирании» Кюблер-Росс озвучила идею, высказываемую философами на протяжении всего пути развития философского знания – идею о естественности смерти. Она подчеркнула, что смерть – это не недоработка медицины, а естественный процесс, заключительная стадия роста человека. Однако принять этот факт по плечу не каждому, для этого требуется колоссальная внутренняя работа, поэтому и возникает отрицание и избегание обсуждения того, что человек не готов принять. Кюблер Росс назвала это явление некрофобией.

Страх смерти у медицинских работников проявляется в том, что они обращают внимание, прежде всего, на медицинскую аппаратуру, а не на самого больного как личность со своими потребностями и интересами. Такой «механический» или автоматический подход к пациенту объясняется «стремлением оградить себя от смерти», ведь медицинское оборудование «не вызывает бурных чувств в отличие от искаженного страданиями лица другого человека», которое напоминает нам о том, «что у наших возможностей есть границы, а последней и самой главной из них остается наша собственная смерть» [5, с. 20–21].

Однако чрезмерно жесткие защиты, основанные на отрицании, игнорировании этой данности нашего существования, при определенных обстоятельствах могут порождать различные формы психической патологии, прежде всего тревожные расстройства, экстремальный рост которых в современной культуре отмечается многими авторами. С другой стороны, такое отношение к феномену смерти, высказанное Ларошфуко Ф. «Ни на солнце, ни на смерть нельзя смотреть в упор», будет своего рода благодатной почвой для цинизма и равнодушия.[10]

Ответы на третий вопрос анкеты ставят под сомнение факт принятия смерти пациента как естественного процесса, несмотря на то, что большинство респондентов это указали. На вопрос «Вспомните случай умирания пациента на вашем дежурстве. Какие эмоции Вы испытали тогда?» 73% респондентов отметили чувство вины (что-то не сказали, не сделали для того пациента). Когда проявляется чувство вины? В своей работе Долгов Ю.Н.[11] пишет, что чувство вины, угрызения совести возникает в момент невыполнения какой-либо социальной, но уже интернализованной* нормы. Вина будет переживаться личностью как конфликт с совестью, как результат невыполнения внутренних установок.

* Интернализа́ция (от лат. interims — внутренний) — процесс освоения внешних структур, в результате которого они становятся внутренними регуляторами)

Вина — это отношение человека к своему неправильному с его точки зрения поведению, действию или бездействию, означающее понимание (осознание) им недопустимости подобного, а чувство вины — реакция человека на такое действие, которое может быть совершено или только задумано. У человека, испытывающего чувство вины, появляется подсознательное стремление получить наказание за свое поведение и происходит торможение дальнейшей активности, что может проявляться в парализующем эффекте. Таким образом, можно заключить, что большинство опрошенных медицинских сестер переживали чувство вины из-за невыполнения каких-то действий, своего неправильного поведения, своей некомпетентности. Последнее, как было сказано выше, является следствием отсутствия требуемой подготовки в соответствующей области.

Таким образом можно заключить следующее:

опыт столкновения со смертью медицинской сестры, не прошедшей специальной подготовки и лишенной возможности осмыслить феномен умирания, оказывает влияние на профессиональную деятельность медицинских сестер и отношение к работе. Проявляется это в отрицании собственной конечности существования, а также в чувстве вины перед умершим пациентом из-за не-

[10] Юстус И.В., Трушина О.Ю. Воспитание толерантного отношения к смерти у студентов медицинского колледжа //Среднее профессиональное образование. – 2010. – Вып. №1

[11] Долгов Ю.Н. Вина и стыд как социальные чувства //Личность, семья и общество: вопросы педагогики и психологии. – 2013. - Вып. № 33

компетентности, которое впоследствии способно проявляться в подсознательных страхах, тревожных расстройствах, которые, в свою очередь, так или иначе, влияют на психику контактируемых с феноменом смерти.

Ограничения исследования

Данное исследование можно рассматривать как пилотное из-за небольшой выборки участников исследования. Кроме того, отдельные вопросы анкеты требуют доработки.

Заключение

Вопросом данного исследования стал опыт столкновения медицинской сестры со смертью и его влияния на профессиональную деятельность и отношение к своей работе. Результаты исследования, в котором приняло участие небольшое количество медицинских сестер одного из крупнейших лечебных учреждений г.СПб показали, что большинство медицинских сестер, имеющих непосредственный контакт со смертью пациента, переживают чувство вины, которое можно объяснить некомпетентностью из-за отсутствия специальной подготовки по вопросу умирания. Отношение к собственной смерти у медицинских сестер в данном исследовании было выражено в отрицании, т.е. неприятии, что также можно объяснить отсутствием подготовки, с одной стороны, а также причиной проявления цинизма и равнодушия.

Требуются дополнительные масштабные исследования данного вопроса, так как он имеет самое прямое отношение к качеству сестринской помощи.

Список использованной литературы

- Абдулгалимова С.А. Отношение к собственной смерти и переживание страха смерти // Вестник социально-педагогического института. – 2012. – Вып.2
- Асмолов А.Г. Психология личности. [текст]. М.: Изд-во МГУ, 1990.
- Богданова Т.А., Перминова С.О. Экзистенциальная проблема столкновения со смертью и особенности ее преодоления // Вестник Южно-Уральского государственного университета. – 2013. – Вып. № 2. – Т.6
- Воронова Е.А., Подлужная М.Я. Изучение уровня готовности специалистов сестринского дела к оказанию паллиативной помощи // Современные проблемы науки и образования. 2012. №4 С.22.
- Долгов Ю.Н. Вина и стыд как социальные чувства //Личность, семья и общество: вопросы педагогики и психологии. – 2013. – Вып.№ 33
- Зинченко Т.П., Фрумкин А.А., Винокуров Л.В. Адаптационный синдром и профессиональная психодиагностика. Сб. науч. и метод. материалов // Психологические исследования. – 1999. - Вып. 2.

НАУЧНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ
ЗДОРОВЬЕ МЕДРАБОТНИКОВ

Медицинские работники занимают 5 место по распространенности профзаболеваемости, опережая даже работников химической промышленности. Уровень смертности медицинских работников в возрасте до 50 лет на 32% выше, чем в среднем по стране, а у хирургов эта цифра доходит до 40%. Заболеваемость работников системы здравоохранения также является одной из наиболее высоких в стране. Выявляемость профзаболеваний не превышает 10% от их общего числа. Врачи занимаются самолечением или получают медицинскую помощь по месту работы, в результате чего статистические данные по их заболеваемости оказываются заведомо ниже истинных

Ежегодно около 320 тыс. медицинских работников не выходят на работу из-за болезней. В зоне особого риска находятся работники фтизиатрической службы, поскольку 40% профзаболеваемости приходится на туберкулез.

Основная доля профессиональных заболеваний приходится на средних медицинских работников, у которых большинство из них диагностируется при обращении за медицинской помощью, а не при проведении профосмотров. Обращает внимание то, что заболевают чаще сотрудники, проработавшие меньше 5 лет или 5-9 лет.

В структуре общей заболеваемости, выявленной при углубленных медицинских осмотрах среди медицинских сотрудников, наибольший удельный вес составляют болезни органов кровообращения (27,9 на 100 осмотренных), заболевания органов пищеварения (20,8), болезни костно-мышечной системы (20,2). У 60% осмотренных врачей и 46-50% средних медработников были выявлены и другие хронические заболев

Самый высокий уровень агрессии к медсестрам составляет словесное злоупотребление врачами. Формы прямого словесного злоупотребления включали следующее: 81% медсестер чувствовали, что они были раскритикованы несправедливо, 76% заявили, что на них кричали при колегах и пациентах и 81% чувствовали, что врачи расстроились из-за них.

Источник: Вестник новых медицинских технологий

- Исаева Е.Р., Гуреева И.Л. Синдром эмоционального выгорания и его влияние на копинг-поведение у медицинских работников // Ученые записки университета им. П.Ф. Лесгафта. – 2010. – Вып. № 6. – Т.64
- Ломакина Л.И., Бондаренко С.И. Проблемы формирования нравственной культуры врача в контексте отношения к смерти // Международный журнал экспериментального образования. – 2012. – Вып. № 4-2
- Руженков В.А., Сергеева Е.Л. Качество жизни медицинских работников // Научные ведомости Белгородского государственного университета. Серия: Медицина. Фармация. – 2013. – Вып. № 18 (161). – Т. 23
- Силуянова И. Человек и болезнь. Московское Подворье Свято-Троицкой Сергиевой Лавры, 1998.
- Харди И. Врач, сестра, больной. Психология работы с больными. Буда пешт:1988 г.
- Цуцунава М.Р. Психология умирания Э.Кюблер-Росс // Специалист здравоохранения. – 2016. - № 6
- Юстус И.В., Трушина О.Ю. Воспитание толерантного отношения к смерти у студентов медицинского колледжа // Среднее профессиональное образование. – 2010. - Вып. №1

ЗАГАДКА ПЯТИ ШАРИКОВ. В ПОИСКЕ ОТВЕТОВ

Цуцунава М.Р.

Давно хотелось поговорить о пресловутых *пяти шариках*, которые прижились в алгоритме выполнения внутримышечных и внутривенных инъекций. Откуда взялась такая цифра? Практики - в недоумении, студенты озадачены: «Ведь нас так учили...» Кто же прав: практик или студент? Установить истину давно пора, так как здесь затронута честь альма-матер. С другой стороны, каждый аспект сестринской деятельности должен быть научно обоснован, поэтому отправляемся на поиски истины.

Кому не приходилось слышать жалоб со стороны практиков в адрес учебных учреждений? «И чему вас там только учат?» «И кто вас этому научил?» При этом ведь обе стороны ждут момента выхода студентов на практику: практики смогут немного разгрузиться, а студенты наконец-то попробуют себя в новом качестве и смогут апробировать свои вновь приобретенные практические навыки. Однако очень скоро состояние эйфории улетучивается и уступает место почти конфликтной ситуации. Практики жалуются на студентов, студенты по возвращении с практики жалуются на практиков.

Об отсутствии связи между теорией и практикой мы услышали не вчера и даже не 10 лет тому назад. Эта проблема, которая в основном озвучивалась в кулуарах, как будто и не стремится к разрешению. Что же этому мешает?

У теоретика на вооружении учебное пособие. Практик же будет скорее всего руководствоваться нормативными документами (собственно, и должен!). Вот он, источник конфликта – учебное пособие, которое сегодня должно не только прокладывать дорогу научному подходу в сестринском деле, но и учитывать тот факт, что, помимо учебных пособий, существуют не менее важные документы, которые должны знать разработчики учебных пособий и рассматривать их при разработке определенных разделов сестринской деятельности. В данном случае единственным документом, в котором прописаны требования к оснащению инъекции, является СанПин 2.1.3.26.30-10 (Постановление Правительства Российской Федерации № 58 от 18.05.2010г.) Именно в этом документе четко прописаны основные принципы профилактики внутрибольничной инфекции (собственно, для чего шарики и нужны):

«3.34 Обработку инъекционного поля проводят последовательно, двукратно, стерильной салфеткой, смоченной кожным антисептиком. Время обеззараживания должно соответствовать рекомендациям, изложенным в методических указаниях/инструкции по применению конкретного средства.

3.35. Для обработки локтевых сгибов доноров используют те же кожные антисептики, что и для обработки операционного поля. Кожу локтевого сгиба протирают двукратно раздельными стерильными салфетками, смоченными кожным антисептиком, и оставляют на необходимое время».

Однако в учебном пособии, в частности, Широковой Н.В. «Основы сестринского дела. Алгоритмы манипуляций» (2010) читаем следующее:

«…Обработать кожу двумя ватными шариками, смоченными спиртом: 1 -м шариком обработать большую область инъекционного поля, 2-м — непосредственно место инъекции. 2-й шарик поместить между IV и V пальцами левой руки или под мизинец. Дать спирту высохнуть…»

К данному алгоритму сразу появляются вопросы: например, почему речь идет о шариках, а не о салфетках? На каком этапе поместить 2-й шарик между IV и V пальцами левой руки (или под мизинец?) До начала проведения процедуры или после того, как поверхность будет обработана этим вторым шариком? Мы просто пытаемся поставить себя на место студента, который, возможно, будет самостоятельно изучать данный раздел и, определенно, столкнется с некоторыми трудностями, связанными с изложением материала. Если учесть, что для выполнения процедуры медицинская сестра обычно готовит оснащение, которое включает в себя стерильный лоток, на который и будет размещено все необходимое, включая шарики, (чтобы выполнить процедуру в палате у постели больного) зачем размещать второй шарик между указанными пальцами? Если же этот алгоритм предусмотрен для какой-то нестандартной ситуации, в которой четвертый и пятый палец могут оказать неоценимую услугу, почему бы тогда не оговорить это?

Есть, безусловно, и другой вариант – организовать и провести исследования, доказывающие необходимость внесения изменений в алгоритм проведения процедуры и в соответствующие документы в том числе. Вопрос в том, есть ли сегодня такие исследования? Нет, таких исследований нет, а это значит, что за основу изложения данной процедуры преподаватели должны брать один-единственный документ – СанПин 2.1.3.26.30-10 (как, впрочем, и всей темы под названием «Профилактика внутрибольничной инфекции»). В противном случае количество шариков или какого другого материала будет варьировать, и нарастающее многоголосие будет только подпитывать зародившийся конфликт между теоретиками и практиками и лишать всякой возможности работать согласованно.

Что касается негодования практика по поводу «пяти шариков», то здесь все объясняется легко – кому как не практику знать экономическое положение системы здравоохранения или отдельно взятого лечебного учреждения, которое отражается на оснащении медицинских манипуляций. Где-то и одного шарика не найти, а тут «просят» все пять. Вне зависимости от степени благополучия системы здравоохранения у будущей медицинской сестры надо культивировать, а, точнее, формировать мышление экономиста, чем, собственно и объясняется появление в ООП СПО такой дисциплины как Экономика в здравоохранении. Но это – уже другая история.

Для справки:

В соответствии с постановлением Правительства РФ от 5 февраля 2015 г. № 102, подписанным Председателем Правительства РФ Д.А.Медведевым, спиртовые салфетки вошли в перечень медицинских изделий отечественного производства по импортозамещению, рекомендованных к закупкам для обеспечения государственных и муниципальных нужд.

1. **Обработка операционного поля перед забором общего анализа крови и анализа крови на сахар – размер салфетки 60х100 мм или 110-х125 мм**
2. **Комплектация «Противошоковой укладки» и «Аптечки первой помощи» - размер салфетки 135х185 м.**
3. **Обработка покровного стекла – размер салфетки 60х100 мм или 110-х125 мм.**
4. **Обработка анализаторов – размер салфетки 60х100 мм или 110-125 мм.**

НАУЧНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

ЯТРОГЕННЫЕ ПОСТИНЪЕКЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ АГРЕССИВНОСТЬ РАСТВОРОВ ДЛЯ ИНЪЕКЦИЙ ИНЪЕКЦИОННАЯ БОЛЕЗНЬ КОЖИ

Ятрогении – это групповое понятие, объединяющее всё разнообразие неблагоприятных последствий (нозологические формы, синдромы, патологические процессы) любых медицинских воздействий на больного, независимо от правильности их исполнения (Приказ Федерального фонда ОМС от 26 мая 2008 г. №111 «Об организации контроля объемов и качества медицинской помощи при осуществлении обязательного медицинского страхования»). В судебной медицине считается, что ятрогениями признаются все заболевания и патологические процессы, которые возникают под влиянием медицинских воздействий, проведённых с диагностическими, профилактическими или лечебными целями (Новосёлов В.П., 1998), при этом независимо от того, правильными или неправильными были эти действия. Было предложено (В.В. Некачалов 1998) выделять три группы ятрогений (по аналогии с делением расхождений диагнозов по категориям):

- ятрогении 1-й категории – заболевания, патологические процессы, необычные смертельные реакции, обусловленные неадекватными, ошибочными или неправильными медицинскими воздействиями, явившимися непосредственной причиной летального исхода;
- ятрогении 2-й категории – заболевания, патологические процессы, реакции и осложнения, обусловленные медицинскими воздействиями, проведёнными по медицинским показаниям и выполненными правильно;
- ятрогении 3-й категории – заболевания, патологические процессы, реакции, не имеющие патогенетической связи с основным заболеванием или его осложнениями и не играющие какой-либо существенной роли в общей оценке случая.

Видимые постинъекционные осложнения следует рассматривать как ятрогении преимущественно 3-й категории.

Источник: журнал «Проблемы экспертизы в медицине»

Появление кровоподтеков, воспалительных инфильтратов, некрозов и абсцессов на месте инъекции остается «привычным» постинъекционным осложнением при введении лекарств под кожу. Ранее причину локальных постинъекционных осложнений искали в особенностях технологий инъекционного введения лекарств, а виновниками осложнений считали медицинских работников, нарушивших «стандарты инъекций». Однако в последние годы появились данные о том, что причиной этих осложнений нередко могут быть и лекарства, поскольку современные стандарты качества растворов для инъекций допускают наличие у них денатурирующего действия. Наиболее частой причиной денатурирующего действия современных качественных растворов для инъекций является высокая суммарная концентрация их ингредиентов, придающая им чрезмерную гиперосмотическую активность. Тем не менее осмотическая активность растворов для инъекций и их локальная фармацевтическая агрессивность для подкожно-жировой клетчатки до сих пор не контролируются.

Источник: Журнал «Современные проблемы науки и образования»

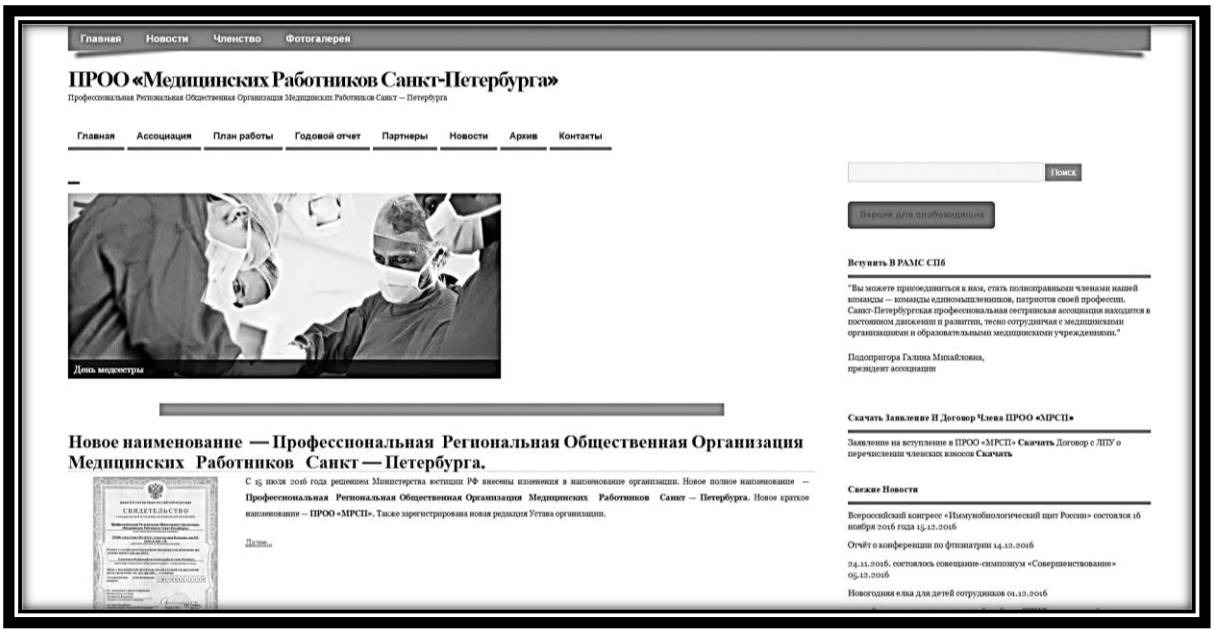
Исследование врачебных назначений показывает, что при госпитальном лечении пациентов лекарства назначаются в основном в «Растворах для инъекций» и вводятся в вены без контроля температуры, осмотической активностью и некоторых других ха-

рактеристики качества лекарств; поэтому в вены пациентов вполне на законных основаниях повсеместно вводятся не столько «Растворы для инъекций», сколько холодные кровавo-лекарственные смеси. Несмотря на очевидность возможных химических реакций между лекарствами и кровью, сохранность крови внутри шприцев не контролируется. Кроме этого, не контролируется и не анализируется динамика здоровья пациентов после введения в их вены кровавo-лекарственных смесей, «приготовленных» в шприцах по неведению (по незнанию, по недомыслию).

Исследования показали, что увеличение продолжительности медикаментозного взаимодействия и температуры взаимодействующих сред способствует повреждению тканей, и наоборот. Кроме того, установлено, что качественные растворы для инъекций имеют в настоящее время кислотную активность в диапазоне значений pH 2, 8 – 11, 0 и осмотическую активность – в диапазоне 0-4000мОсмоль/л воды. Более того, показано, что кислотная и осмотическая активность качественных растворов для инъекций может быть равна щелочной и осмотической активности плазмы крови человека только по счастливой случайности. Причем, большинство растворов для инъекций имеет pH ниже 7,4, а осмотическую активность – выше или ниже 280 мОсмоль/л воды. При этом многие растворы для инъекций являются чрезмерно кислыми и чрезмерно гиперосмотическими (гипертоническими), поэтому обладают физико-химической агрессивностью. В частности, лекарства могут повреждать кожу в местах инъекций и вызывать ятрогенное заболевание, которое получило название «Инъекционная болезнь кожи». На основании указанных данных предполагается, что при внутривенных инъекциях некоторая часть качественных растворов для инъекций может повреждать эритроциты и плазму крови.

Источник: «Международный журнал экспериментального образования»

WWW.AMSPITER.RU



ВАШ – АМСПИТЕР

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ПРИКАЗ

от 1 декабря 2016 г. N 917н

ОБ УТВЕРЖДЕНИИ НОРМАТИВОВ

ДЛЯ РАСЧЕТА ПОТРЕБНОСТИ В НАРКОТИЧЕСКИХ И ПСИХОТРОПНЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВАХ, ПРЕДНАЗНАЧЕННЫХ ДЛЯ МЕДИЦИНСКОГО ПРИМЕНЕНИЯ

Утверждены нормативы для расчета потребности в наркотических лекарственных средствах, предназначенных для медицинского применения.

Установлено, что нормативы для расчета потребности в психотропных лекарственных средствах, предназначенных для медицинского применения, определяются юридическими лицами путем расчета усредненных данных на основании отчетов об использовании наркотических средств и психотропных веществ за последние три года, представляемых ими по форме, предусмотренной приложением N 7 к Правилам представления юридическими лицами отчетов о деятельности, связанной с оборотом наркотических средств и психотропных веществ, утвержденными постановлением Правительства Российской Федерации от 4 ноября 2006 г. N 644 и по решению руководителя юридического лица могут быть увеличены, но не более чем в 1,5 раза.

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

«СПЕЦИАЛИСТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ»

2016, № 11

Подписано в печать 21.12.2016. Формат 60 x 84 1/8. Бумага офсетная. Печать офсетная.
Объем 4,25 уч.-изд. л.; 4,25 усл. печ. л. Тираж 500 экз. Заказ № 6245
Издательство «Галаника»

E-mail: mediteka21@mediteka.ru