№ 5, май 2015

СПЕЦИАЛИСТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Редакционный совет

Бубликова И.В., главный специалист по сестринскому делу

Жирков А.М., д.м.н., профессор, Директор МК СПбГУ

Краснов А.А., к.м.н., преподаватель МК СПбГУ

Подопригора Г.М., к.м.н., доцент кафедры сестринского дела и социальной работы СЗ ГМУ им. Мечникова

Цуцунава М.Р., BSc, MS, руководитель отд. ДОП МК СПбГУ

Журнал зарегистрирован Управлением Федеральной службы по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций по Северо-Западному федерального округу ПИ № ТУ78-01371

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

Генеральный спонсор выпуска -
СПб РО ОбОО
«Ассоциация медицинских сестер России»

СПб РО ОбОО «Ассоциация медицинских сестер России»:

e-mail: asm-piter@mail.ru
сайт: www.amspiter.ru
т. 89522084797

На первой странице обложки:
Морозова Алла Владимировна, старшая медицинская сестра ДПО №5 СПБ ГБУЗ "Городская поликлиника №3"

Редакция выражает благодарность за помощь в подготовке номера:

Дмитриевой Е.А.,старшей медицинской сестре ПО №3 СПб ГБУЗ "Городская поликлиника №3"и

Кузнецовой В.В., старшей акушерке родильного отделения НИИ АГ им. Д.О.Отта СЗО РАМН

✉ **Написать в редакцию:**
mediteka21@mediteka.ru

№ 5, май 2015

СПЕЦИАЛИСТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ®

Доказательная медицина. Консультации. Нормативные акты. Обмен опытом

СОДЕРЖАНИЕ

ГОРОДСКИЕ СОБЫТИЯ

Лучшие медсестры прошли по красной дорожке……

«…в Греции эта песня обращалась к дверям и пелась у дверей, в преддверии…»……

Акушерка: взгляд в будущее……

Об отчетно-перевыборном собрании СПб РО ОбОО «РАМС»……

50 лет училищу повышения квалификации……

СЕСТРИНСКИЕ МОДЕЛИ УХОДА

Жирков А.М., Краснов А.А., Цуцунава М.Р. К вопросу о создании перспективных моделей сестринской практики……

СЕСТРИНСКИЙ АНАМНЕЗ

Тяжелые металлы в продуктах питания: свинец, кадмий, мышьяк, ртуть……

ОБРАЗОВАНИЕ

Инновационные стратегии обучения - в стенах дополнительного образования. Метод проектов……

ОБЗОРЫ

Агеева С.В. Современные проблемы в системе дополнительного сестринского образования ……

ИСТОРИЯ

Пузевич А.А. Знать и помнить, чтобы жить……

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ

Обзор научных исследований……

НОВЫЕ ИЗДАНИЯ

«Здоровый человек и его окружение» (ООО Издательство «Лань»)

ОБЗОР НОРМАТИВНЫХ ДОКУМЕНТОВ

ЛУЧШИЕ МЕДСЕСТРЫ ГОРОДА ПРОШЛИ ПО КРАСНОЙ КОВРОВОЙ ДОРОЖКЕ...

...Не буквально, конечно, никакой красной дорожки не было, на самом деле. Но был день и событие, не менее значимое, чем те, которым придают важность раскатыванием той самой красной ковровой дорожки, и о которых наперебой рассказывают СМИ. О нашем событии телевизионного репортажа не было, однако значимость события от этого не тускнеет: в этот день мы чествуем лучших представителей профессии, которые день за днем демонстрируют свою преданность выбранному делу и подтверждают свой профессионализм и компетентность. Сами медсестры при этом становятся организаторами праздничных мероприятий, в которых раскрывается многогранность талантов этих удивительных людей, которые однажды пришли в профессию и благодаря которым профессия, так необходимая обществу, сегодня живет своей непростой жизнью!...

13 мая 2015г. в городской больнице № 2 состоялось Торжественное собрание, посвященное Международному Дню медицинской сестры. Сегодня оценка заслуг медицинской сестры перед обществом происходит на разных уровнях: от государственного до общественного. Награды и благодарности от Министерства здравоохранения, Комитета по здравоохранению СПб и Лен области, Законодательного собрания СПб, «Знак отличия» от СПб РО ОбОО «РАМС» приумножили число специалистов в нашем городе, чей вклад в здравоохранение не остается незамеченным. На сцену выходили специалисты городской больницы № 31, Мариинской больницы, больницы св. Луки, больницы № 17, КДЦ № 1, роддома № 13, психиатрической больницы № 6, женской консультации № 18, городской наркологической больницы, санатория «Белые ночи», больницы св. Георгия, роддома № 9, Покровской больницы, городской больницы № 2, роддома № 10, больницы № 46, детской больницы им. Раухфуса, детской инфекционной больницы № 5, туберкулезной больницы № 2, городской больницы № 8, больницы св. Ольги.

Праздник украсили концертные номера, которые подготовили студенты медицинского колледжа № 1. Отдавая дань уважения всем, кто воевал или работал в тылу в военное время, лейтмотивом собрания стал 70-летний юбилей победы, отмеченный страной 9 мая. В организацию праздника весомый вклад внесла СПб РО ОбОО «Ассоциация медицинских сестер России».

Посткриптум

... Приглушенный свет актового зала направил внимание зрителя на экран, где в ритме лирического музыкального сопровождения стали появляться сменяющие друг друга символы-образы, иллюстрирующие значимость сестринской профессии. Чья-то рука, искусно создающая образы с помощью песка на подсвеченном стекле, остановилась на словах «забота о людях». Медсестры, заботясь о своих пациентах, тоже нуждаются в заботе. Междунароный день медицинской сестры – идеальный повод, чтобы проявить заботу о своем персонале и поздравить его с профессиональным праздником. Хотя бы один раз в году. 12 лет – срок достаточный для того, чтобы празднование Международного Дня медицинской сестры в нашей стране стало органической частью культуры лечебно-профилактических организаций.

«...В ГРЕЦИИ ЭТА ПЕСНЯ ОБРАЩАЛАСЬ К ДВЕРЯМ И ПЕЛАСЬ У ДВЕРЕЙ, В ПРЕДДВЕРИИ...»[1]

Странное название, не правда ли? Безусловно, речь пойдет не о Греции и не о песне, а о том, что же было примечательного в нашем городе «у дверей» или в *преддверии* нашего праздника. Колоссальную работу уже второй год подряд проводит ассоциация медицинских сестер Санкт-Петербурга (для справки: официальное название – СПб РО ОбОО «РАМС»).

Еще пару лет тому назад мы ограничивались исключительно проведением торжественных собраний, приуроченных к Международному Дню медицинской сестры. Однако опыт наших зарубежных коллег однажды заставил задуматься: достаточно ли этого? Одного дня? А в году их 365? А как выявить тех, кого действительно сегодня можно назвать Профи и лидером в своем деле? На кого может равняться наша молодежь? Кто действительно понимает важность доказательной медицины в сестринском деле и уходе и помогает продвигать современные технологии, нацеленные на улучшение качества сестринской работы и гарантирующие безопасность нашим пациентам?

За рубежом, как правило, медицинские сестры отмечают свой День с 6 по 12 мая, организуя в рамках праздничной недели ряд мероприятий, среди которых может быть:

Организация встреч в медицинском колледже или училище со студентами и преподавателями, чтобы поговорить о сестринском деле как о карьере или профессии. Как вариант, в такую беседу включаются вопросы здравоохранения;

Организация показа видеоролика в местном торговом центре или в холле или кафетерии в своей организации;

[1] О. М. Фрейденберг, «Поэтика сюжета и жанра», 1935 г.

Содействие любой инициативе, чтобы отметить Международный день через социальные сети. (Например, отправить фото или видео на Facebook, Flickr и Twitter);

Приглашение студентов из медицинских колледжей к себе в учреждение;

Организация праздничного спортивного состязания и благотворительные сборы (например, футбольная игра с участием команд из медсестер и врачей☺)

Наша ассоциация в этом году объявила «Месячник медицинской сестры» и провела в апреле серию семинаров, нацеленных на продвижение доказательной медицины в сестринском уходе: «Медико-профилактическая помощь населению»; «Особенности работы медицинской сестры в системе трансфузиологии» (с участием ФГБУ «ФМИЦ им. В.А.Алмазова); «Современное сестринское дело» (с участием Всероссийского центра экстренной и радиационной медицины им. А.М.Никифорова МЧС России); «Обобщение опыта школ» (ГБУ «НИИ СП им. И.И. Джанелидзе). Данные мероприятия вызвали интерес у специалистов, собрав большое количество участников, что, в свою очередь, помогло ассоциации снова продемонстрировать городу свою приверженность как задачам, стоящим перед системой здравоохранения, так и задачам, нацеленным на продвижение сестринского дела как науки. Очевидно, что в следующем году будет осилено больше мероприятий и учтена широта охвата таковых у наших зарубежных коллег, так как сегодня, когда ассоциация отметила свое 10-летие, наши ряды существенно пополнились специалистами, которые так нужны общественному движению – активными, инициативными и неравнодушными к своему делу.

АКУШЕРКА: ВЗГЛЯД В БУДУЩЕЕ

Джалалян Н.А., президент Лиги акушерок

Улучшение демографической ситуации в стране, сохранение репродуктивного здоровья нации являются важнейшими задачами, стоящими перед отечественным здравоохранением. Огромная роль в их решении принадлежит не только врачам акушерам-гинекологам, но и медикам среднего звена – акушеркам, работающим в учреждениях родовспоможения.

Решившему избрать профессию акушерки и входящему в мир медицины сегодня очень трудно. Социальная раздраженность, порой переходящая у молодежи в апатию, неуверенность в будущем, низкая, увы, оплата далеко не легкого труда уменьшили поток абитуриентов, стремящихся попасть в средние медицинские учебные заведения. Еще несколько лет назад медицинские колледжи отбирали своих будущих студентов на конкурсной основе, отдавая предпочтение наиболее подготовленным. Сегодня многое изменилось.

Современное общество предъявляет особые требования к подготовке **конкурентоспособного** специалиста: высокий профессионализм, компетентность, высокий интеллектуальный уровень, обеспечение возможности перемены трудовых функций в процессе деятельности. Со стороны **работодателей практика показала определенную** неудовлетворенность компетенциями выпускников системы профессионального образования, особенно в части практических умений, коммуникативных умений, а также умений решать проблемы и нести ответственность за качество собственного труда. Учебные заведения, так же как и работодатели, плохо представляют себе реальные возможности и реальную пользу социального партнерства, сводя все взаимоотношения к традиционным формам участия работодателей в итоговой аттестации выпускников и предоставлению мест для прохождения

5 МАЯ – ДЕНЬ АКУШЕРКИ

28-30 МАЯ 2015 Г. ПРОШЕЛ МЕЖДУНАРОДНЫЙ КОНГРЕСС «ДИСКУСИОННЫЕ ВОПРОСЫ АКУШЕРСТВА» (СЕКЦИЯ АКУШЕРОК «СОВРЕМЕННАЯ АКУШЕРКА:
- ПОТЕНЦАЛ СПЕЦИАЛЬНОСТИ:
- РОЛЬ АКУШЕРОК В НАБЛЮДЕНИИ И ВЕДЕНИИ ПАЦИЕНТОК АКУШЕРСКОГО ПРОФИЛЯ;
- ПРОБЛЕМЫ СРЕДНЕГО, ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ АКУШЕРОК;
- ОСОБЕННОСТИ РЕАЛИЗАЦИИ КОМПЕТЕНТНОСТНОГО ПОДХОДА;
- ВОЗМОЖНОСТИ И СЛОЖНОСТИ НАУЧНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ АКУШЕРОК;
- ВОПРОСЫ ПРЕСТИЖА ПРОФЕССИИ;
- ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ СПЕЦИАЛЬНОСТИ.

Участники акушерской секции

производственной практики.

В качестве перспективных задач развития акушерского дела следует рассматривать разработку утверждение стандартов профессиональной деятельности акушерок по оказанию отдельных видов медицинских услуг; определить пределы компетенции акушерки в зависимости от образования и квалификации. Необходимо пересмотреть нормы нагрузки и нормативов работы акушерок и медицинских сестер, работающих в родовспомогательных учреждениях разного уровня и закрепление их законодательными правовыми документами.

На сегодняшний день отсутствует единая система управления службами средних медицинских персонала на всех уровнях, что негативно сказывается на качестве и эффективности работы специалистов. Действительно, российскому здравоохранению, согласно общемировой тенденции, предстоят значительные перемены, связанные именно с передачей части врачебных функций акушерскому персоналу. Высшее сестринское образование - не обязательно пропуск в главные медицинские сестры или акушерки или заместители главного врача, это перспектива научной или исследовательской работы; в конце концов это возможность реформирования огромной когорты средних медицинских работников изнутри, руками настоящих профессионалов.

20 МАЯ ПРОШЛО ОТЧЕТНО-ПЕРЕВЫБОРНОЕ СОБРАНИЕ В СПБ РО ОБОО «РАМС»

В соответствии с Уставом организации 20 мая 2015г., за неделю до юбилейной даты, второй раз прошло отчетно-перевыборное собрание и переизбрание руководящего органа СПб РО ОбОО «РАМС». Правление ассоциации было обновлено на 90 процентов, в него вошли медицинские сестры:

Королькова Н.М., Дмитриева Е.А.,Хасанова Е.А., Шмотова О.В., Резникова Т.В., Маркова Ю.М., Павлова Т.Б., Станиславская М.В., Щукина И.А., Головенко Н.А.

Вице-президентом избрана Лаврова Елена Александровна, главная медсестра ГБУ «НИИ СП им. И.И.Джанелидзе. На протяжении 10 лет бессменным руководителем организации, президентом СПб РО ОбОО «РАМС» является и остается Подопригора Г.М., признанный лидер и специалист в области организации и управления сестринским делом.

50 ЛЕТ УЧИЛИЩУ ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ

Регентова Е.С.,
ВрИО директора

18 июня 2015г. Центр повышения квалификации специалистов со средним медицинским образованием № 1 торжественно отмечает свой 50-летний юбилей. Это значимая дата, символизирующая стабильность, благополучие коллектива и хорошо слаженную работу во благо здравоохранения Санкт-Петербурга. Это - возраст, когда трудолюбие и профессионализм обеспечивают плодотворную деятельность учреждения. Это - период жизни подведения итогов и постановки новых долгосрочных целей и задач.

История центра уходит корнями в далекое прошлое, когда еще в 1833г. на месте данного учреждения архитектор Александр Холопов построил каменный дом для офицера Ивана Гавриловича Веселитского, сына известного генерала-лейтенанта российской императорской армии Гавриила Петровича Веселитского. Далее в середине 19 века домом владели наследники дочь Лидия Ивановна, русская писательница, и дочь Ольга Ивановна. В 1881г. здание было перестроено в доходный дом. И в него вселилась семья русского зодчего Антония Ивановича Балинского, по проектам которого было построено много доходных домов в Санкт-Петербурге, в частности по Кирочной улице.

В 1910г. дом Антонио Балинского перешел во владение его младшего брата - Петра. Петр был гражданским инженером, архитектором медицинских, благотворительных учреждений, промышленных предприятий, стал первым автором проекта метрополитена и разработчиком схем скоростных железных дорог. Петр Балинский был последним

владельцем доходного дома, так как после революции в нём стала размещаться аптека.

17 ноября 1919г. при Психоневрологическом институте по предложению выдающегося ученого-психиатра Владимира Михайловича Бехтерева были организованы курсы по подготовке ротных фельдшеров для Красной Армии. Они находились в здании Института мозга. С 1925г. по 1978г. курсы были реорганизованы в медицинский техникум и проходили в учебном заведении им.Бехтерева по улице Салтыкова-Щедрина, 16. Надо отметить, что еще в 1863г. отец Балинских, российский реформатор психиатрии, создал психиатрическую клинику, и одним из его учеников как раз был Владимир Бехтерев.

В те годы, когда на улице Салтыкова-Щедрина, 16 находилось учебное заведение Бехтерева, на Смоленской улице 18 июня 1965г. на основании приказа Минздрава СССР открылись курсы по специализации и усовершенствованию медработников со средним образованием. В 1979г. с целью улучшения народного здравоохранения был издан приказ Министерства здравоохранения РСФСР №50 об открытии училища для повышения квалификации работников со средним медицинским и фармацевтическим образованием. Учебное заведение имени Бехтерева переехало в новое построенное здание, и по поручению главного управления здравоохранения Ленгорисполкома передало здание на улице Салтыкова-Щедрина, 16 курсам по специализации и усовершенствованию средних медицинских работников.

12 марта 1979г. был издан приказ №297/к об официальном открытии училища для проведения дополнительной профессиональной подготовки медицинских специалистов. Директором медицинского училища стал заведующий курсов Корнев Михаил Александрович. В 80-х годах Корнев руководил Всесоюзным совещанием директоров училищ повышения квалификации медработников со средним образованием и участвовал во внедрении «Единой методической системы».

До 1981г. обучение в училище проводили медицинские специалисты взрослой и детской сети. Но затем для удобного комплектования медицинских работников среднего профиля, училище разделили на два: №1 - по работе со взрослым населением, директором которого стал Михаил Александрович Корнев и №2 - по работе с детским контингентом за директорством преподавателя Яковлевой Тамары Никитичны.

С марта 1987г. на должность директора училища повышения квалификации был назначен директор медучилища №6 Скачков Алексей Павлович. С 16 марта 1992г. Училище возглавил кандидат медицинских наук Регентов Сергей Александрович. Проработав более 24-х лет, Сергей Александрович стал Заслуженным учителем Российской Федерации, Отличником здравоохранения и Ветераном труда.

20 марта 1995г. по приказу Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга № 135 училище было переименовано в «Санкт-Петербургское училище повышения квалификации работников со средним медицинским образованием № 1». И в 1998г. было произведено объединение двух училищ в одно. Подготовка фармацевтических специалистов была передана в специализируемый колледж.

20 мая 2005г. на основании распоряжения комитета по управлению городским имуществом правительства Санкт-Петербурга училище было переименовано в Центр. А 09 февраля 2012г. Центр стал бюджетным учреждением. 7 апреля 2014г. приказом Комитета по здравоохранению руководителем Центра была назначена заместитель директора по учебной работе, врач-инфекционист Регентова Елена Сергеевна.

На сегодняшний день Центр занимается дополнительным профессиональным образованием работников среднего медицинского звена, осуществляет подготовку специалистов по образовательным программам нового поколения, старается повышать качество обучения в соответствии с квалификационными требованиями, законодательством министерства здравоохранения и развитием образовательных технологий.

ПЕТЕРБУРГСКАЯ НЕДЕЛЯ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА И МИЛОСЕРДИЯ
5-12 ноября 2015г.

I НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ
«ПРОФЕССИИ – НОВОЕ ОБРАЗОВАНИЕ»
(С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ)
5 – 7 НОЯБРЯ 2015 ГОДА

Организаторы:
СПБГУ, ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ ПРОГРАММЫ ПО НАПРАВЛЕНИЮ «СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО»
СЗГМУ ИМ. И.И.МЕЧНИКОВА, КАФЕДРА СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА И СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ
СПБ РО ОБОО «АССОЦИАЦИЯ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР РОССИИ»
Информация на сайте: www.mediteka.ru

К ВОПРОСУ О СОЗДАНИИ ПЕРСПЕКТИВНЫХ МОДЕЛЕЙ СЕСТРИНСКОЙ ПРАКТИКИ

***А.М. Жирков**, директор МК СПБГУ;*
***А.А. Краснов**, преподаватель МК СПБГУ;*
***М.Р. Цуцунава**, руководитель отд. ДОП МК СПБГУ.*

***Ключевые слова:** сестринский уход, модель, холизм, психосоматика*

В последние десятилетия отмечаются качественные изменения в развитии основных направлений сестринского образования. Это обусловлено целым рядом обстоятельств, и, прежде всего, необходимостью приведения федеральных государственных образовательных стандартов высшего сестринского и среднего медицинского образования современным потребностям здравоохранения, включающим возрастающую роль высокотехнологичных методов диагностики, лечения, реабилитации и ухода, необходимость работы со сложной аппаратурой, требующей существенной теоретической подготовки, массовую компьютеризацию лечебного процесса, внедрение в практику специализированного программного обеспечения и др.

В рамках этих изменений иерархическая модель, подразумевающая взаимоотношения медицинской сестры и врача в рамках «ассистентской практики», трансформируется в модель кооперативную, при которой процесс лечения пациента включает два взаимодополняющих компонента: практическую деятельность врача, ориентированную на диагностику и лечение

Для справки:

Модель ухода – это систематически построенный, научно обоснованный и логически взаимосвязанный набор понятий, которые устанавливают основные компоненты сестринской практики и теоретическую основу сестринских концепций и ценностей. Именно модель ухода наполняет сестринский процесс содержанием, и именно она обеспечивает структуру сестринской оценки, планирования ухода, проведения и оценки ухода. В противном случае сестринский процесс теряет свой смысл!

Выбранная модель является тем средством, с помощью которого процесс ухода приводится в действие. Она будет влиять на выполнение каждого этапа процесса. Связь между сестринской моделью и процессом ухода очень тесная: модель, например, будет определять специфику информации, собираемой в ходе оценки состояния пациента, и структуру документации. Она также будет направлять в процессе постановки целей, в способе планирования и осуществления сестринских действий и аспектов ухода, требующих оценки. Таким образом, сестринская модель, влияя на содержание каждого этапа процесса ухода и указывая ему направление, делает уход целенаправленным.

Само понятие "модель ухода" воспринимается с трудом, потому что до недавнего времени в основе организации сестринского ухода была медицинская модель с ориентацией на заболевание /лечение/госпитализацию. Согласно медицинской модели:

- **человек – это биологическая сущность, целостность которой нарушается заболеванием**
- **цель ухода – вылечить заболевание**
- **база знаний, необходимая для достижения этой цели, главным образом состоит из биофизических наук, таких как физиология, патология и микробиология.**

За последние годы был разработан не один десяток моделей сестринского ухода. Как отметила Д.Орэм (1980) «...Медсестры начинают понимать, что информация о пациенте может иметь одно значение для врача и совершенно другое для медсестры».[1] В основе всех существующих моделей лежат четыре концепции: пациент, окружающая среда, здоровье, сестринские действия. Именно эти элементы являются центральными в такой дисциплине как сестринское дело.

Источник: Open University, the UK, 1995

заболевания, и практическую деятельность медицинской сестры, ориентированную на системную адаптацию пациента в патологически измененных условиях существования. При этом объектом приложения компетенций врача является заболевание, объектом приложения компетенций медицинской сестры является пациент во всем комплексе его жизненных проявлений. Целью врачебной практики является достижение лечебного эффекта, целью сестринской практики – улучшение качества жизни больного в процессе лечения и последующей реабилитации. Такая интегральная концепция приближает систему оказания медицинской помощи к новому прочтению хорошо известного правила «лечить не болезнь, а больного», подразумевая «лечение и болезни и больного специалистами разных направлений». Все это позволило комиссии экспертов ВОЗ, в свое время, определить сестринское дело как практику человеческих взаимоотношений, в рамках которой медицинская сестра должна уметь распознать потребности больного, вытекающие в связи с болезнью, рассматривая больного как личность.

Следует отметить, что подобного рода изменения в концепции лечебного процесса стали происходить, прежде всего, в рамках холистического подхода. «Холизм» («Holos» – «весь», «целый»), сформулированный Аристотелем как умозрительное представление о единстве телесной и духовной субстанций в человеке, на протяжении истории представлял собой особую парадигму в философии и медицине. С начала XX в. это направление представляет собой сферу научных споров, развития различных научных школ и попыток сформировать исчерпывающие концепции. В настоящее время холистическую или психосоматическую медицину определяют как медицинское направление, изучающее взаимоотношения психической, соматической сфер организма больного во взаимодействии его с окружающей средой, прежде всего, социальным окружением (Бройтигам В. с соавт., 1999).

Столь тесное переплетение смыслового содержания холистического подхода и компетенций сестринского дела позволяет сформировать качественно новую модель сестринской практики, основанную на биопсихо-социальной парадигме. Примеры такого реформирования все чаще звучат в рамках современных медицинских, психологических и педагогических обсуждений.

Теоретическую основу такой холистической модели сестринской практики составляет интеграция медицины, психологии и педагогики. Три этих направления могут составить основу образовательных программ бакалавриата и магистратуры сестринского дела. К числу перспективных образовательных программ в рамках такой модели можно было бы отнести: «нозопсихологию», «психологию обучения пациентов», «основы оказания паллиативной помощи», «основы сестринской реабилитации», «психосоматический подход в сестринском деле», «научные исследования в сестринском деле» и др. Холистическая модель в сестринской практике непротиворечиво интегрируется со всеми этапами медицинской помощи, включая: профилактику заболеваемости, диагностику заболеваний, лечение и реабилитацию больных.

Система профилактических мероприятий, опирающаяся на холистический подход, позволяет медицинской сестре первого контакта (в рамках ведомственных или территориальных медицинских объединений) достаточно эффективно выделять группы риска, включающие лиц переживающих кризисные предболезненные состояния.

Постановка сестринского диагноза в рамках лечебного процесса, включающая медико-психологический аспект, позволит дополнить основной диагноз заключением, которое помимо определения нозологической формы заболевания, позволит отразить актуальное состояние пациента, включающее оценку личностного потенциала, варианта реагирования на болезнь, анализ мотивационной сферы и комплекса потребностей больного. Такая оценка позволяет оценить изменения системы ценностей больного, отношения к окружающей действительности, к самому себе, его положения среди близких людей, и в обществе в целом. При этом анализ сохранной части личности больного, его способности сохранять состояние нормальной жизнедеятельности в условиях патологического процесса мог бы представлять существенный интерес для целей дальнейшей реабилитации пациента.

Сохранная структура личности, процессы самозащиты и саногенеза могут рассматриваться как своего рода «точки опоры», для восстановления адаптированной жизнедеятельности пациента при проведении сестринской реабилитации в рамках холистической парадигмы. Другим элементом сестринской реабилитации может рассматриваться система обучающих программ, рассчитанная на пациентов разного возраста. Целью таких программ является процесс формирования в сознании структуры индивидуальных представлений о том, каким должно быть состояние благополучия, а также системы целей, образующих «внутренний стержень» адаптации к текущим неблагоприятным факторам и формирования отдаленных целей и перспектив. Дальнейший реабилитационный процесс может быть продолжен в рамках выработки системы копинг-стратегий, включающих системную интеграцию когнитивных, эмоциональных и поведенческих усилий больного в адаптации к новым условиям существования. Кроме того такого рода сестринская реабилитация может способствовать формированию антиципационной состоятельности больного, его способности адекватно прогнозировать ход событий, собственные реакции в меняющейся ситуации строить программы действий в измененных болезнью обстоятельствах.

При этом пациент и медицинская сестра, осуществляющая реабилитацию, стараются принять вероятность любого исхода болезни и вырабатывают несколько программ действий в зависимости от того или иного исхода. Прогноз и выбор адекватной приспособительной стратегии формирует готовность больного к любой ситуации. В дальнейшем на этапе поддержания ремиссии холистический подход может успешно использоваться в профилактической работе медицинских сестер в проведении занятий в «Школах пациентов», «Школах активного долголетия», школах «Здоровье для здоровых», «Астма-школах», «Школах диабета», «Артериальная гипертония» и др. Наконец, оказание паллиативной помощи, помимо купирования болевого синдрома и поддержания витальных функций, может успешно выстраиваться за счет интеграции в процесс сестринского сопровождения психокоррекционных мероприятий. Таким образом, перспективы совершенствования сестринской практики могут быть тесно связаны с созданием холистических (психосоматических) моделей в сестринском деле.

Сегодня мы учим будущих медсестер собирать сестринский анамнез. Одним из вопросов сестринской оценки потребностей пациента является питание пациента. Неоценимую услугу при постановке сестринского диагноза может оказать знание того, что пищевые продукты, являясь источником энергетического и пластического материалов, а также биологически активных веществ, одновременно могут быть и носителями многих потенциально опасных соединений как природного, так и антропогенного происхождения. К одной из наиболее значимых групп контаминантов пищевых продуктов относятся тяжелые металлы - свинец, кадмий, мышьяк, ртуть, которые обладают широким спектром неблагоприятного действия и представляют значительную опасность при хроническом воздействии, даже в небольших дозах.

ТЯЖЕЛЫЕ МЕТАЛЛЫ В ПРОДУКТАХ ПИТАНИЯ:

свинец, кадмий, мышьяк, ртуть

Свинец является естественным компонентом таких природных сред, как почва, атмосферный воздух, вода. В результате природной эмиссии в атмосферу ежегодно поступает в среднем 27 тысяч тонн свинца, однако все же большая его часть поступает в окружающую среду в результате деятельности человека, т.е. из антропогенных источников. Вследствие широкой распространенности свинца в окружающей среде он в той или иной мере содержится во всех видах пищевых продуктов. Так, среди овощных культур наибольшее содержание свинца отмечено в свекле, моркови, луке, наименьшее - в капусте. Показана возможность накопления свинца в картофеле, ячмене, овсе, внутренних органах домашних животных.

Уровни свинца в растениях, произрастающих близко к автодороге, выше, чем с участков, удаленных от дороги. По этим же данным, содержание свинца в мышечной ткани и субпродуктах крупного рогатого скота составляет 0,9 и 2,4 мг/кг, соответственно, причем наибольшее количество свинца накапливается в почках. При этом более высокий уровень характерен для старых животных, что указывает на аккумуляцию данного токсичного элемента в организме животного с возрастом.

Основными путями поступления свинца в организм человека являются пероральный (с водой и продуктами питания), ингаляционный, а также поступление через кожу. Всасывание свинца в желудочно-кишечном тракте у взрослых составляет от 15% поступившего с пищей, а у детей и беременных женщин его абсорбция

Усиление всасывания свинца в организме наблюдается при полном и частичном голодании

Увеличение в моче свободного протопорфирина является четким клиническим признаком сатурнизма

Повышенное содержание свинца в организме вызывает анемию, почечную недостаточность и умственную отсталость

Для хронического сатурнизма характерно развитие хронического гингивита и появление в полости рта темной каемки на десне, так называемой «свинцовой

может достигать 50%. Свинец, каким бы путем ни поступал в организм, главным образом аккумулируется в костях. Воздействие свинца и на сегодняшний день остается серьезной проблемой, особенно для детей. Отравление этим тяжелым металлом обычно происходит через старые краски, загрязненную воду и продукты, а также через косметику, кухонную утварь, консервные банки и бензин. Повышенное содержание свинца в организме вызывает анемию, почечную недостаточность и умственную отсталость.

На всасывание свинца оказывают существенное влияние различные факторы. Так, кальций, железо, магний и цинк снижают всасывание свинца, что объясняется конкуренцией металлов на участках связывания, и переносчиках в эпителии кишечника. Усиление всасывания свинца наблюдается при полном и частичном голодании. Период полувыведения свинца из крови и мягких тканей составляет в среднем 25-40 дней. К стабильной фракции относится свинец скелета, период полувыведения которого составляет более 25 лет. Основными путями выведения свинца из организма являются экскреция с мочой (80%), в меньшей степени с калом, потом, слюной и волосами.

Свинец ингибирует действие многих энзимов, а также инкорпорацию железа в организме, в результате чего в моче резко увеличивается количество свободного протопорфирина. Его увеличение в моче является четким клиническим признаком сатурнизма. Органами-мишенями при отравлении свинцом являются кроветворная и нервная системы, почки. Менее значительный ущерб сатурнизм наносит желудочно-кишечному тракту. Один из основных признаков болезни − анемия, возникающая в результате усиленного гемолиза. Эта анемия характеризуется «точечным крапом» эритроцитов в виде базофильных гранул, хорошо выявляемых при окраске метиленовым синим. На уровне нервной системы отмечается поражение головного мозга и периферических нервов. Сатурнизм – обусловленная энцефалопатия чаще наблюдается у детей, реже − у взрослых. В головном мозге выражен диффузный отек серого и белого вещества в сочетании с дистрофическими изменениями кортикальных и ганглионарных нейронов, демиэлинизация белого вещества. Для хронического сатурнизма характерно развитие хронического гингивита и появление в полости рта темной каемки на десне, так называемой «свинцовой десны».

Кадмий Естественное содержание кадмия в объектах окружающей среды относительно невелико, и в основном его наличие является следствием антропогенных выбросов. Основными путями поступления кадмия в организм человека являются пероральный, ингаляционный и через кожу. Всасывание кадмия в желудочно-кишечном тракте составляет 4-5% и происходит в тонком кишечнике. Всасывание кадмия усиливается в случае дефицита кальция, железа и белка. При этом, всасывание кадмия угнетается цинком, а также молоком и солями желчных кислот. Действие молока объясняется повышенным содержанием в нем кальция, а солей желчных кислот мицеллообразованием.

Абсорбция кадмия в кишечнике повышается в условиях физиологического стресса, при беременности и кормлении грудью. У новорожденных уровень всасывания кадмия в кишечнике значительно выше, чем у взрослых. Около 50% поступившего в организм кадмия обнаруживается в почках, около 15% - в печени и около 20% - в мышцах. Содержание кадмия в почках возрастает по мере поступления данного токсичного

элемента в организм до достижения человеком возраста 50-60 лет, а затем снижается в результате возрастных почечных изменений.

Основным путем выведения кадмия из организма является его экскреция с калом. Кроме того, данный токсичный элемент выводится из организма с мочой, слюной, через волосы и с грудным молоком.

Период полувыведения кадмия составляет по разным оценкам от 10 до 38 лет. Основным критическим органом, характеризующим интенсивность кадмиевой нагрузки на организм, являются почки, поражение которых характеризуется нарушениями реабсорбции в дистальных канальцах с протеинурией, в тяжелых случаях сопровождающимися аминоацидурией, глюкозурией и фосфатурией. Кроме того, металлический кадмий является доказанным для человека канцерогеном, вызывая рак простаты, легких, кожи, почек и мочевого пузыря.

Мышьяк является естественным компонентом более 200 природных минералов. Около трети выбросов мышьяка в атмосферу осуществляется из природных источников. Источниками мышьяка могут служить выбросы предприятий стекольной, радиоэлектронной (полупроводниковой), металлургической промышленности, ТЭЦ, автомобилей. Соединения мышьяка хорошо всасываются в желудочно-кишечном тракте, и через несколько дней от 45 до 15% поступившего количества выделяется с мочой.

Основным путем выделения мышьяка является экскреция с мочой, в меньшей степени - с калом, волосами, ногтями, через кожу и с грудным молоком. Поступая в организм человека в повышенных количествах, мышьяк, в первую очередь, может вызвать нарушение функций печени, аллергические реакции, изменения состояния кожи (гиперкератоз, дерматит), поражение сосудов (в первую очередь, нижних конечностей), снижение слуха, повышенную возбудимость ЦНС, раздражительность, головные боли, угнетение иммунитета, кроветворения. Повреждения головного мозга редки. Больше страдают периферические нервы, в которых резко выражены явления демиелинизации. Характерны темно-коричневые пигментации в виде изолированных или сливающихся пятен на коже. На ладонях и стопах развивается гиперкератоз. В этих участках часто возникают эпидермоидные карциномы.

Главными осложнениями острой интоксикации являются внутрисосудистый гемолиз, острая почечная, печеночная недостаточность, кардиогенный шок. Отдаленными последствиями острых отравлений у детей может быть значительное снижение остроты слуха. Поражение нервной системы проявляется в виде токсической энцефалопатии (нарушение речи, координации движений, эпилептиформных судорог, психозов).

Ртуть опасна, так как действует бессимптомно

Необратимые процессы в организме начинаются незаметно: появляются головная боль, головокружение, воспаление десен, затруднения в концентрации внимания, бессонница, выпадение волос.

Ртуть присутствует почти во всех морских продуктах

Всасывание кадмия усиливается в случае дефицита кальция, железа и белка.

Абсорбция кадмия в кишечнике повышается в условиях физиологического стресса, при беременности и кормлении грудью

Металлический кадмий является доказанным для человека канцерогеном, вызывая рак простаты, легких, кожи, почек и

Ртуть попадает в окружающую среду как в результате естественного испарения ее из земной коры, так и в результате промышленного загрязнения. До недавнего времени семена зерновых протравляли ртутью, и это отразилось на ее содержании в почве. Из овощей особенно сильно аккумулируют ртуть капуста, горький перец и фасоль. Темные сорта винограда поглощают больше ртути, чем светлые. Достаточно большое количество ртути попадает в окружающую среду самым обычным образом – при разбивании медицинских термометров. Этот тяжелый металл присутствует почти во всех морских продуктах, материале для зубных пломб, многих косметических средствах, пестицидах и фунгицидах (противогрибковых препаратах).

При вдыхании паров ртути она концентрируется в мозге. Возникают нервно-психические нарушения, головокружение и постоянные головные боли, снижается память, расстраивается речь, возникает скованность, общая заторможенность. Ртуть опасна, так как действует бессимптомно. Необратимые процессы в организме начинаются незаметно: появляются головная боль, головокружение, воспаление десен, затруднения в концентрации внимания, бессонница, выпадение волос. И только через какое-то время нарушается речь, появляется состояние страха, нервозность или сонливость, количество белых кровяных телец уменьшается. Все это признаки потери иммунитета, состояние, при котором даже незначительная инфекция может оказаться смертельной.

Ртуть накапливается в организме животных и людей понемногу, но те, кто живет вблизи от предприятий, загрязняющих воздух отравляющими веществами, накапливают в себе огромное количество этих ядов, причем их накопления могут дать о себе знать и в последующих поколениях. Если этот металл проникает в организм достаточно длительное время, то это приводит человека к опасной болезни - миастении (потеря проведения нервно-мышечных импульсов), заболеваниям почек и печени. При хроническом отравлении ртутью развиваются астеновегетативный синдром, тремор, психические нарушения, лабильный пульс, тахикардия, гингивит, протеинурия, изменения со стороны крови.

При пероральном поступлении ртути наблюдаются язвенно-некротический гастроэнтерит, в дальнейшем развивается некротический нефроз с гибелью эпителия проксимальных отделов почечных канальцев. Независимо от пути поступления и формы соединения, ртуть накапливается в основном в почках до 90% ее общего содержания в организме. До 10% поступившей в организм ртути, особенно в форме метилртути, может содержаться в головном мозге. Примерно 90% общего количества абсорбированной метилртути выделяется из организма с калом и желчью и меньше - с мочой, потом, грудным молоком. Период полувыведения метилртути из организма человека - около 70 дней. Возможен также трансплацентарный перенос ртути.

ИННОВАЦИОННЫЕ СТРАТЕГИИ ОБУЧЕНИЯ В СТЕНАХ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ. МЕТОД ПРОЕКТОВ

В настоящее время к системе образования на всех ее уровнях предъявляются значительные требования. Построение в РФ информационного общества ставит перед системой образования ряд принципиально новых задач, среди которых одной из важнейших является задача формирования творческого, исследовательского потенциала личности. Касается это и дополнительного образования.

Когда-то можно было с гордостью узнать из зарубежного издания, что Советский Союз является *первоначинателем* в области усовершенствования, организовав соответствующие курсы для врачей, признавая тот факт, что «знания, приобретенные врачом во время обучения, быстро приходят в несоответствие с развитием науки. А врачу необходимо быть в курсе последних достижений науки, чему могут помочь курсы по усовершенствованию....»[2]

Но сегодня, спустя почти 40 лет, просматривается другая картина: «Знания, полученные врачом, со временем неизбежно забываются. Нынешняя система постдипломного непрерывного образования в Европе, США и в России считается малоэффективной. Исследования показывают, что зачастую врач не может применить на практике сведения, полученные в ходе традиционно построенных лекций».[3] И это – не удивительно, так как сегодня признается, что российская система образования, еще со времен Петра I, традиционно славилась установками на запоминание и воспроизведение больших объемов информации различного профиля. Однако XXI век требует изменения образовательной парадигмы в сторону формирования не столько набора энциклопедических знаний, сколько набора компетенций, т.е. умения работать с незнакомой информацией, с нестандартными задачами, сочетать логику с интуицией.

Что касается сестринского образования, сегодняшние профессиональные издания пестрят признанием важности высокого уровня профессиональной подготовки медсестер. Более того, приоритетной становится подготовка специалиста не только профессионально грамотного, но и компетентного, творчески развивающегося, готового не к исполнительской, а к проблемно-исследовательской, поисковой деятельности, создающей условия для саморазвития и самореализации личности. Однако, как отмечают специалисты, «... существующая система образования почти целиком ориентирована на передачу знаний, то есть транслирует в основном прошлый опыт и способы деятельности».[4]

Сегодня нужны новые подходы и новые методы обучения, с помощью которых будет формироваться активная, самостоятельная позиция слушателей в овладении знаниями, развиваться умения и

В состав проекта входят:
– проблема;
– цели проекта;
– план действий по достижению целей;
– механизм контроля и регулирования хода выполнения планов (механизм управления реализацией планов достижения целей);
– ресурсное обеспечение проекта;
– действия, обеспечивающие реализацию проекта;
– результаты реализации проекта;
– команда проекта.
Компоненты проекта разрабатываются, формируются и используются в ходе его выполнения

---

[2] «Здоровье мира». Журнал ВОЗ. Март. 1971.
[3] Доубинс Р.К. Доказательная медицина: сравнение систем здравоохранения. http://medlinks.ru/article.php?sid=30828 Извлечено 05.04.2009
[4] Хетагурова А.К. и совт. Образование и информационные компьютерные технологии // Сестринское дело. № 8. 2008. -с. 38.

навыки — исследовательские, рефлексивные, самооценочные, а также умения, связанные с их применением в практической деятельности (компетенции) и, соответственно, с реальной жизнью. Одним из таких методов является метод проектов.

В широком смысле проект сегодня понимается как *особый способ постановки и решения проблем.* Особый – потому, что не каждая проблема решается проектным способом. Проектный способ решения проблем нужен тогда, когда плохо определен образ желаемого результата, и его нужно *спроектировать,* когда возможно *спланировать процесс достижения* желаемого результата, когда существует возможность *контролировать и регулировать* ход спланированных действий.

«Внедрение в практическое здравоохранение сестринских инновационных технологий идет недопустимо медленно».[5]

Еще не так давно бытовало представление о том, что разумные, передовые, полезные идеи и предложения распространяются сами собой, без применения специальных знаний. Практика и время, однако, показывает, что далеко не всегда дело обстоит таким образом, и в очередной раз подтверждается простая истина, высказанная в свое время генералиссимусом российских сухопутных и морских сил Александром Суворовым: практика без теории слепа. К причинам, которые привели к неудачным попыткам внедрить перемену в сестринской практике, относят:

- применение неструктурированного подхода
- непонимание сути перемены и влияния ее результатов на участников
- отсутствие ресурсов, необходимых для достижения желаемых результатов.

Кроме этого считается, что перемены терпят неудачи из-за отсутствия:

- тщательно разработанного плана перемены
- правильно поставленных целей и задач проекта
- поддержки со стороны персонала в процессе перемены.

Литература

- Лазарев В.С. Новое понимание метода проекта в образовании // Проблемы современного образования, № 6. 2011
- Salvage, J. (1995). Развитие сестринского дела. ВОЗ.
- Upton T, Brooks B. (1995). Managing change in the NHS. London: Kogan Page
- Wright ,S. (1993). Management of Innovation and Change. London: Distance Learning Centre. South Bank University

Мы ждем от медсестер внедрения инновационных технологий и при этом не даем им никаких знаний о том, что такое управление переменами. При этом признается, что развитию перемен препятствуют некоторым образом сами традиции, сложившиеся в сестринском деле. Одно из первых изданий, посвященное вопросу управления переменами в сестринском деле, появилось в нашей стране еще в 1995 году. Это было издание ВОЗ «Развитие сестринского дела» (автор - J.Salvage). Уже тогда автор отмечала, что в сестринском деле происходит немало перемен, и что сестринское дело вообще и медсестра в частности, являются неотъемлемой частью общего процесса перемен, либо ведущей его частью, либо ведомой. Никто не остается вне этого процесса. Критерием выживания в будущем будет способность быстро меняться и внедрять нововведения; поэтому жизненно важным для каждой медсестры, менеджера и администратора в системе здравоохранения является изучение вопросов управления переменой. При этом, как подчеркивают специалисты, изначально управлять переменой в совершенстве невозможно, никто не способен заниматься сразу всеми аспектами управления переменой, которые возникают в процессе разработки проекта перемены, однако многое из того, что может понадобиться в период перемены, можно предусмотреть и обеспечить.

В 2014 г. в центре ДОП на Кирочной появился новый цикл в программе переподготовки «Управление в сестринском деле». Именно в рамках этого цикла слушатели впервые узнают о том, что такое метод проекта. О результатах внедрения нового опыта мы познакомим читателей в одном из следующих номеров ж урнала.

[5] Мухина С. Образование для сестер новой формации. Сестринское дело. № 1. 2007.

СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ В СИСТЕМЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО СЕСТРИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Агеева С.В.

Настоящий обзор посвящен современным проблемам сестринского образования в системе ДОП. Высокие требования к профессиональному уровню специалистов среднего медицинского звена на фоне расширения и усложнения их функциональных обязанностей определяют потребность сестринских кадров в систематической последипломной подготовке. Однако до настоящего времени нет научно обоснованной технологии реализации непрерывного медицинского образования и не изучена мотивация среднего медицинского персонала к систематическому повышению квалификации. Основой для анализа послужили материалы исследований, проведённых в данной области за период с 2010 по 2014 годы.

Целью исследования Е.А. Андрияновой и Л.И.Порох[6] явился социологический мониторинг мнения слушателей курсов повышения квалификации в аспекте изучения мотивации к обучению и уровня удовлетворенности качеством предоставляемых образовательных услуг. Социологическое исследование проведено методом анкетного опроса медицинских работников. По уровню специализации в структуре опрошенных преобладали специалисты, работающие в должности палатной медицинской сестры (42%), фельдшера (16 %) и участковой медицинской сестры (13 %).

Исследование показало, что большинство респондентов (76%) воспринимают постдипломное обучение положительно. Тем не менее, каждый четвертый опрошенный охарактеризовал свое отношение к курсам повышения квалификации как отрицательное или нейтральное (24%). В ходе исследования было выяснено, что большинство мотивов, побуждающих средний медицинский персонал проходить курсы повышения квалификации, в целом можно охарактеризовать как внешние - необходимость получения сертификата на право работы по специальности (21%). Авторы рекомендуют включение в программу курсов повышения квалификации вопросов инноваций в сестринской практике и освоения новой техники и технологии, создание программ курсов по согласованию со слушателями, включение в программу курсов вопросов медико-социальной помощи различным категориям населения.

Л.И.Порох[7] изучила отношение к существующей практике повышения квалификации среднего медперсонала среди студентов заочной формы обучения института ВСО СГМУ им. В.И.Разумовского. Исследование проводилось методом анкетного опроса, в котором приняли участие 198 работников среднего медицинского звена.

---

[6]Андриянова Е.А., Порох Л.И. Повышение квалификации среднего медицинского персонала: позиционирование потребителей образовательных услуг//Фундаментальные исследования, № 3-1. 2013

[7] Порох Л.И. Система повышения квалификации в представлениях среднего медицинского персонала// Фундаментальные исследования № 4-2. 2014

Результаты исследования свидетельствуют о формальном характере работы системы повышения квалификации, ее оторванности от насущных потребностей практического здравоохранения. Только 10% респондентов проходят курсы повышения квалификации по мере необходимости, 80% делают это раз в 5 лет, в соответствии с планами повышения квалификации. При этом для 70% респондентов основной целью повышения квалификации является получение сертификата и, соответственно, квалификационной категории. Формальный характер повышения квалификации сказывается и в том, что для респондентов оно выступает инструментом поддержания профессионального статуса. Новые знания как цель повышения квалификации указали менее половины респондентов (44%). Автор отмечает наличие проблемы «старения» знаний, транслируемых на курсах повышения квалификации, что объясняется системной причиной – центры повышения квалификации выпадают из современного информационного научного пространства, существующая система дополнительного профессионального образования уже не отвечает запросам заказчиков образовательных услуг – как работодателей, так и практикующих специалистов. В итоге автор заключает о назревшей потребности в оптимизации и модернизации существующей системы повышения квалификации, ее интеграции в коммуникационное пространство науки и оснащении современными технологиями пространства дистанционного обучения.

Работа Грековой И.И.[8] посвящёна анализу мнения 733 медсестёр о профессиональном сестринском образовании. Исходя из полученных данных, автор заключает, что:

- из специальных знаний до трети медицинских сестёр испытывают недостаток информации в области первой медицинской помощи и санитарно – противоэпидемиологического режима
- в основном становление медицинских сестёр как профессионалов происходит при обучении их на рабочем месте опытными медицинскими сёстрами
- кроме специальных знаний медицинские сёстры в основном испытывают недостаток знаний в области права, экономики и организации здравоохранения

Автор даёт следующие рекомендации:

- в программах профессиональной подготовки следует предусмотреть увеличение количества учебных часов по тематике первой медицинской помощи и инфекционной безопасности
- определить, в какой области сестринского дела в большей степени осуществляется подготовка на рабочем месте и, в зависимости от результатов, провести корректировку учебных программ
- гуманитарную подготовку в большей степени акцентировать на изучении правовых вопросов, вопросов экономики и организации здравоохранения.

КТО ТАКИЕ «БОЛЬНИЧНЫЕ КЛОУНЫ»?

Больничные клоуны регулярно посещают детей с тяжелыми заболеваниями в больницах и хосписах. Они занимаются реабилитацией детей и их родителей с помощью арт-терапии и игротерапии. В среднем клоун приходит в больницу, за которой он закреплен, два раза в неделю. Там он идет в предоперационную, помогая отвлечься и расслабиться детям и родителям, которые сидят в очереди, и малышам, которых уже везут в операционную на каталках. Затем он посещает послеоперационную и помогают детям не думать о боли и отойти от анестезии. После этого клоуны развлекают лежащих в палатах больных и устраивают шоу в игровых комнатах.

Больничные клоуны работаю более чем в 20 российских больницах, 10 из которых находятся в Москве. Клоунов заметили и в больницах Санкт-Петербурга…

[8] Грекова И.И. Анализ мнения медицинских сестер о профессиональном сестринском образовании // Среднее профессиональное образование. 2012. № 2. – с. 54-55

Комплексное исследование группы авторов[9] посвящено экспертной оценке системы организации последипломной подготовки среднего медицинского персонала. Было изучено мнение 536 специалистов (медицинских сестер) и 82 экспертов-преподавателей ДПО и ВПО. В процессе исследования было выявлено, что существующая система организации последипломной подготовки средних медицинских работников устраивает полностью лишь 25,8% экспертов из числа зав.отделениями, 27,1% из числа преподавателей и 47,7% экспертов из числа старших медсестер. Существующая система последипломной подготовки медицинских кадров среднего звена, по мнению экспертов, с ее недостаточно совершенным управлением, отсутствием научно обоснованных критериев по выбору видов, форм, сроков и периодичности обучения в зависимости от процесса формирования специалиста не отвечает в полной мере своим задачам и не является достаточно эффективной. Среди мероприятий, которые позволили бы стимулировать повышение квалификации средних медицинских работников, авторы отмечают повышение уровня материальной обеспеченности, изменение системы оплаты труда с учетом уровня знаний, умений и навыков, улучшение условий труда.

Исследование Н.Ю.Крючковой[10] посвящено поиску путей повышения эффективности системы последипломного образования специалистов со средним медицинским образованием. В исследовании приняло участие 640 человек из числа медработников, оказывающих первичную медико-санитарную помощь населению. Результатом работы явилась разработка программы повышения квалификации «первичная медико-санитарная помощь населению», внедренная в городской поликлинике, что, по мнению автора, способствовало развитию инновационной деятельности как основы современной системы непрерывного профессионального образования.

Таким образом, проведенный анализ позволяет заключить, что в настоящее время специалисты, интересующиеся вопросом дополнительного последипломного образования, обращаются к таким вопросам, как:

- мнение медсестер о профессиональном сестринском образовании
- особенности системы повышения квалификации среднего медперсонала в контексте ее эффективности в условиях реформирования отечественного здравоохранения
- система организации последипломной подготовки и ее оценка
- инновационные пути повышения эффективности системы последипломного образования специалистов со средним медицинским образованием.

К вопросам, которые требуют дальнейшего изучения, можно отнести:

- Характер работы системы повышения квалификации, ее связь с насущными потребностями практического здравоохранения
- Уровень подготовки преподавателей, оценка степени научности данных, используемых в теоретической и практической подготовке
- Оценка системы стимулирования среднего медицинского персонала к получению дополнительного последипломного образования
- Пути модернизации системы повышения квалификации медицинских работников.

---

[9] Горбач Н.А., Фомина Н.А., Зорина Е.В. Экспертная оценка системы организации последипломной подготовки среднего медицинского персонала // Вестник Томского Государственного педагогического университета. № 4. 2011.

[10] Крючкова Н.Ю. Пути повышения эффективности последипломного образования специалистов со средним медицинским образованием // Омский научный вестник, № 2 (124). 2013

ЗНАТЬ И ПОМНИТЬ, ЧТОБЫ ЖИТЬ

Пузевич А. А.,
преподаватель, СПб ГОУ «МК №1»

Сестры милосердия... Белые голубки...
Так называли женщин, которые посвящали себя
очень тяжелому, но прекрасному делу.
Служению людям в те минуты,
когда к человеку приходит беда.
Люди, осознающие помощь ближнему как свой долг,
Принимающие чужую боль как свою,
способны вынести тяжкие испытания и
не потерять человечности и доброты

9 мая этого год мы будем отмечать 70–ю годовщину Великой победы над фашистской Германией. Война... в этом маленьком слове таится огромный ужас. С началом войны сотни тысяч женщин устремились в армию, не желая отставать от мужчин, зная, что способны наравне с ними вынести все тяготы воинской службы. То, что пришлось увидеть, пережить и делать на войне женщине, противоречило ее женскому началу.

«Лечение наших раненых — важнейшее государственное дело. Мы должны как можно быстрее, полнее и лучше оказывать помощь нашим братьям, пострадавшим в борьбе с врагом. Чем лучше мы решим эту задачу, тем больше сохраним бойцов для нашей Красной Армии, тем крепче будут удары наших войск по немецко-фашистскому зверью, тем ближе будет час победы». Так было написано в журнале «Медицинская сестра» № 1-2, с. 1-2, 1942. Хочется вспомнить о некоторых медицинских сестрах прошедших эти нелегкие испытания.

Герой Советского Союза

КАЩЕЕВА ВЕРА СЕРГЕЕВНА(1922—1975)

Родилась в селе Петровка Троицкого района Алтайского края. Окончила курсы медицинских сестер Красного Креста. Санитарный инструктор стрелковой роты Вера Кащеева получила боевое крещение у легендарных стен Сталинграда. В октябре 1943 года в числе первых 25 десантников форсировала Днепр. На захваченном плацдарме при отражении вражеских атак была ранена, но не покинула поля боя, пока не подошли наши части. За самоотверженность и милосердие, проявленные на поле боя, в 1944 году отважному санитарному инструктору было присвоено звание Героя Советского Союза. В 1973 году В. С. Кащеевой вручена награда Международного комитета Красного Креста медаль «Флоренс Найтингейл».

Герой Советского Союза

ЛЕВЧЕНКО ИРИНА НИКОЛАЕВНА(1924—1973)

Родилась в городе Кадиевке Луганской области. В июле 1941 года комсомолка, санитарная дружинница Левченко ушла добровольцем на фронт. Она вывела из окружения обоз со 168 ранеными воинами. Была санитарным инструктором танковой части, спасла жизнь 28 танкистам. Впоследствии стала офицером-танкистом. За спасение раненых на поле боя и проявленную при этом самоотверженность в мае 1965 года была удостоена звания Героя Советского Союза. Награждена Международным комитетом Красного Креста медалью «Флоренс Найтингейл». Пройдя суровую школу Великой Отечественной войны, писательница И. Н. Левченко с большой теплотой и любовью рассказывала в своих произведениях о советском

человеке, вставшем на защиту Родины.

Герой Советского Союза

ЦУКАНОВА МАРИЯ НИКИТИЧНА(1924—1945)

Родилась в деревне Новониколаевка Крутинского района Омской области. Была санитарной дружинницей Красного Креста. В 1942 году вступила добровольцем в отдельный батальон морской пехоты Тихоокеанского флота. В августе 1945 года санитарный инструктор Мария Цуканова участвовала в десанте по освобождению города Сейсин (ныне город Чхонжин Корейской Народно-Демократической Республики). За двое суток отважный санитарный инструктор перевязала и вынесла с поля боя 52 раненых моряка-десантника, проявляла заботу об их безопасности и после того, как сама была тяжело ранена. Потерявшую сознание Цуканову японцы взяли в плен. Добиваясь сведений о наступающих частях Советской Армии, японские самураи зверски пытали девушку. Но мужественная патриотка предпочла смерть предательству. 14 сентября 1945 года посмертно присвоено звание Героя Советского Союза. Ее имя приказом министра обороны навечно занесено в списки школы санитарных инструкторов одного из госпиталей Военно-Морского Флота СССР.

Кавалер ордена Славы трех степеней

НЕЧИПОРЧУКОВА (НОЗДРАЧЕВА) МАТРЕНА СЕМЕНОВНА

Родилась в 1924 году на Харьковщине. Весной 1941 года закончила Балаклеевское медицинское училище. Когда началась война, обратилась с просьбой направить в действующую армию, но получила отказ — не прошла по возрасту. В апреле 1943 года мечта комсомолки сбылась — ее зачислили санитарным инструктором в медицинский взвод 100-го гвардейского полка 35-й стрелковой дивизии. Отважная девушка оказала помощь 250 раненым солдатам и офицерам. Неоднократно давала кровь для переливания раненым. На фронте она вступила в Коммунистическую партию. За мужество и самоотверженность по спасению раненых в годы Великой Отечественной войны награждена орденом Славы трех степеней. В 1973 году удостоена награды Международного комитета Красного Креста — медали «Флоренс Найтингейл».

Герой Советского Союза

ТУСНОЛОБОВА-МАРЧЕНКО ЗИНАИДА МИХАЙЛОВНА (1920—1980)

Родилась в городе Полоцке Белорусской ССР. Окончила курсы медицинских сестер Красного Креста и была назначена санитарным инструктором стрелковой роты. В сражении за город Воронеж в июле 1942 года вынесла с поля боя 40 раненых и была награждена орденом Красной Звезды. За спасение 123 раненых солдат и офицеров ее наградили орденом Красного Знамени. В 1943 году под Курском была тяжело ранена, потеряла много крови. Врачи спасли ей жизнь, но она лишилась рук и ног. Мужественная патриотка не пала духом, страстно призывала воинов громить захватчиков. Ее именем были названы танки, самолеты. За самоотверженность и милосердие, проявленные на поле боя, 6 декабря 1957 года удостоена звания Героя Советского Союза. Международный комитет Красного Креста наградил ее медалью «Флоренс Найтингейл».

Герой Советского Союза

ПЕТРОВА ГАЛИНА КОНСТАНТИНОВНА (1920—1943)

Родилась в городе Николаеве Украинской ССР. В 1941 году окончила курсы медицинских сестер Красного Креста и работала санитарным инструктором батальона морской пехоты. Участвовала в морском десанте по захвату плацдарма на Керченском полуострове. В течение 35 дней под непрерывным огнем противника самоотверженно оказывала медицинскую помощь десантникам. Получив тяжелое ранение, была доставлена в медсанбат, который находился в здании школы. Во время налета вражеской авиации одной из бомб было разрушено здание, погибло много раненых, в том числе и Петрова. 17 ноября 1943 года коммунистке Г. К. Петровой посмертно присвоено звание Героя Советского Союза. Ее имя навечно занесено в списки одной из частей Военно-Морского Флота СССР. В городе-герое Керчи отважной медицинской сестре поставлен памятник.

ОБЗОР НАУЧНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Не сегодня мы задумались и заговорили о качестве жизни наших пациентов. Но что мы знаем об этом на самом деле? Где мы черпаем информацию о том, как живется пациентам с тем или иным заболеванием? В чем они нуждаются на самом деле? Без этих знаний наше стремление им помочь останется декларированным.

Существует целый ряд определений качества жизни. По определению ВОЗ, качество жизни - это способ жизни в результате комбинированного воздействия факторов, влияющих на здоровье, счастье, включая индивидуальное благополучие в окружающей среде, удовлетворительную работу, образование, социальный успех, а также свободу, возможность свободных действий, справедливость и отсутствие какого-либо угнетения. Общепризнанным является то, что качество жизни, являясь многомерным понятием, отражает влияние заболевания и лечения на благополучие больного.

Дезадаптация в результате любой болезни приводит к снижению жизненного функционирования, уменьшению степени комфортности жизни человека. Изучение качества жизни позволяет проанализировать субъективные представления больных о состоянии здоровья, оценить эффективность проводимой терапии, определить недостатки проведенного лечения и предложить способы их коррекции. Это помогает эффективнее мотивировать больных на лечебные мероприятия и повышает их приверженность к лечению. Кроме того, это помогает медицинской сестре выявлять потребности пациентов с тем или иным заболеванием и проводить сестринский уход с их учетом.

ХРОНИЧЕСКАЯ ПОЧЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ (ХПН) не только оказывает патогенное влияние на соматическое состояние больных, но и разрушает их социальные взаимодействия, делая больных более изолированными от окружающих, а это, в свою очередь, неблагоприятным образом отражается на качестве жизни пациентов. Наибольшие проблемы и ограничения связаны с оплачиваемой работой и экономической самостоятельностью, что может быть связано, как объясняют специалисты, с тем, что в процессе заболевания и последующего длительного лечения пациенты вынуждены менять место или режим работы, а иногда и полностью отказываться от трудовой деятельности, что, как следствие, влечет за собой ухудшение материального положения как самого пациента, так и членов его семьи.

Наименьший уровень выраженности проблем отмечается в сферах, отражающихся в категориях «Самообслуживание» и «Бытовая жизнь» (включающих в себя домены «уход за собой», «прием пищи», «приобретение товаров», «приготовление пищи» и «выполнение различной домашней работы»). Полученные данные отражают наличие у обследованных пациентов стратегий совладания с болезнью, проявляющихся тем, что, несмотря на тяжесть заболевания и сложность лечения, пациенты стараются компенсировать и реализовать свою самостоятельность в быту.

У **ВИЧ-ПОЛОЖИТЕЛЬНЫХ** пациентов более низкие показатели по шкалам общего состояния здоровья, социального функционирования, ролевого функционирования обусловленного эмоциональным состоянием, психического здоровья и психологического компонента здоровья. Показатель, характеризующий ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием, выше у ВИЧ-инфицированных женщин в сравнении с ВИЧ-инфицированными мужчинами.

Специалист здравоохранения № 5,2015

Выявлены статистически-значимые различия по ряду показателей качества жизни в зависимости от уровня образования. Показатели в группе пациентов с неполным средним образованием, в сравнении со всеми остальными респондентами, по уровню жизненной активности значимо ниже. Группа с неполным средним образованием имеет более низкое значение психологического компонента здоровья в сравнении с группой респондентов со средним специальным образованием. Выявлены статистически значимые различия в группах со средним и высшим образованием по таким показателям, как ролевое функционирование, интенсивность боли, общее состояние здоровья, — входящим в физический компонент здоровья и значимые различия в уровнях показателей по жизненной активности, социальному функционированию, психическому здоровью и в целом по психическому компоненту здоровья.

АТОПИЧЕСКИЙ ДЕРМАТИТ (АД) - это заболевание, которое ухудшает качество жизни пациентов. Ограничения в профессиональной деятельности, досуге, отношениях с близкими людьми приводят к выраженному влиянию болезни на социальной активности пациента. Необходимость в строгих элиминационных мероприятиях, длительное рецидивирующее течение заболевания, разочарование в эффективности терапии, зуд и нарушения сна, появление высыпаний на открытых участках кожи значительно снижают качество жизни пациентов и способствуют формированию психосоматических нарушений. Имеющийся «косметический дефект» психогенно воздействует на личность, а повторные психотравмы ухудшают динамику дерматоза. На течение заболевания влияет отношение пациента к своей болезни.

ГЕПАТИТ В (С) Как показывают исследования, более половины опрошенных отмечают проблемы с качеством жизни. Мужчины отличаются более высокой оценкой качества жизни, связанного со здоровьем, чем женщины. У большинства опрошенных (79%) имеют место нарушения в состоянии здоровья, при этом более всего распространены умеренная боль или дискомфорт, небольшая тревога или депрессия. Наличие некоторых проблем с выполнением повседневных дел, небольшое чувство боли или дискомфорта, небольшое чувство тревоги или депрессии отметили 11% опрошенных. Выраженные нарушения в качестве жизни наблюдались у 1% респондентов – это состояние, когда пациент прикован к постели, не может выполнять повседневные дела, испытывает выраженную боль и дискомфорт, выраженную тревогу или депрессию.

ПАТОЛОГИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ остается лидирующей в структуре заболеваемости и летальности среди населения всего мира. При этом облитерирующий атеросклероз сосудов нижних конечностей (ОАСНК) находится на первом месте среди заболеваний периферических артерий различного генеза. Развитие критической ишемии, сопровождающейся гангреной нижней конечности, наблюдается у 10–40% больных с давностью заболевания от 3 до 5 лет. Наиболее тяжелым осложнением заболевания являются ампутации нижних конечностей, частота которых достигает 24%, а после реконструктивных операций – 10 %. У пациентов с длительностью болезни более 10 лет оценка физического компонента качества жизни ниже оценки психологического компонента, что свидетельствует об ограничении их физической активности, субъективной неудовлетворенности состоянием своего здоровья, снижении жизненного тонуса. При этом у пациентов с давностью заболевания от 5 до 10 лет больше страдает психологический компонент качества жизни.

Оценка качества жизни больных с **ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И ДЕСТРУКТИВНЫМИ ФОРМАМИ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ** актуальна в современной клинике внутренних болезней в связи со сложностями лечения этой категории пациентов. Практикующие врачи обращают внимание, прежде всего, на клинические и метаболические показатели, упуская психосоциальные аспекты болезни. Для пациента же подчас более важно ощущение жизненного благополучия, нежели продление жизни. Синдром диабетической стопы является одной из основных причин ухудшения КЖ людей, больных сахарным диабетом, ведет к ранней инвалидизации и огромным экономическим затратам на лечение и медико-социальную реабилитацию. Ампутации нижних конечностей у данной группы пациентов производятся в 15 раз чаще, чем у остального населения.

Поддержание жизни этой категории больных связано с длительными, частыми госпитализациями, тяжелыми лечебными и диагностическими мероприятиями, ограничением эмоционального состояния. Исследование этой категории пациентов показало ухудшение и физической, и психологической составляющей их качества жизни. Больные ХСН в значительной мере ограничивали социальные контакты и повседневную деятельность вследствие ухудшения эмоционального состояния. Пациенты с сахарным диабетом, и особенно с деструктивными формами синдрома диабетической стопы, были ограничены в выполнении ежедневных мероприятий вследствие прогрессирующей нейропатии и патологического процесса на стопе. Однако показатель психологического здоровья в этих группах превышал таковой у больных с ХСН.

При **АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ** выявлено снижение качества жизни, что обусловлено симптомами самого заболевания, побочными эффектами лекарственных средств, поражением органов-мишеней, развитием сердечно-сосудистых осложнений, прежде всего инфаркта миокарда и инсульта. Важными факторами, влияющими на развитие и течение артериальной гипертензии, являются психологические особенности личности. Для пациентов с АГ высокий уровень тревожно-депрессивных расстройств, частота которых колеблется от 14% до 40%. В настоящее время появляется всё больше данных о том, что тревожные расстройства ассоциируются с повышением риска поражения органов-мишеней, развития сердечно-сосудистых осложнений и смертности от них. При повышенном уровне тревожности отмечается не только повышение артериального давления, но и ухудшение клинического и социального прогноза, качества жизни, эффективности лечения, приверженности к терапии и выполнению немедикаментозных рекомендаций.

Литература

- Бенхамед М. и соавт. Оценка качества жизни у пациентов с ИБС, подвергшихся чрескожному коронарному вмешательству //Проблемы здоровья и экологии. № 3 (41). 2014
- Винник Ю.С. и соавт. Качество жизни пациентов с облитерирующим атеросклерозом сосудов нижних конечностей по данным опросника SF-36 //Фундаментальные исследования. № 1. 2015
- Половинко Е.Н. Качество жизни пациентов, находящихся на заместительной почечной терапии // Вестник ЮУрГУ, № 19, 2012
- Куницкая С.В. Качество жизни ВИЧ-положительных пациентов //Инновации в науке. № 11-2. 2012
- Поздеев О.В. Оценка влияния атопического дерматита на качество жизни пациента// Практическая медицина, 1-4 (73). 2013
- Сивожелезова О.К., Иванова К.М. Качество жизни пациентов с хронической сердечной недостаточностью и деструктивными формами синдрома диабетической стопы// ВЕСТНИК ОГУ № 6 (167)/июнь. 2014
- Максимова Л.В., Воробьев П.А. Оценка качества жизни пациентов с хроническим гепатитом В (С)//Здоровье – основа человеческого потенциала – проблемы и пути их решения. № 2. Том. 8. 2013

☞ ЦЕНТР ДОП СПбГУ: ПРОГРАММЫ ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ

Цикл «Современные образовательные и исследовательские технологии в сестринском деле» (144 час)

Цикл «Вопросы паллиативной помощи в деятельности специалиста сестринского дела» (144 час)

Информация – на сайте: www.med.spbu.ru/index/dop.htm

ИЗДАТЕЛЬСКИЙ ДОМ ЛАНЬ®

ООО Издательство «Лань»

192029, Санкт-Петербург, Общественный переулок, 5
Тел.: (812) 336-25-09, 412-92-72
www.lanbook.com, e-mail: lan@lanbook.ru
ИНН: 7801068765, КПП: 780101001
Расчетный счет: № 40702810436060003981
Филиал № 7806 ВТБ 24 (ЗАО) г. Санкт-Петербург
БИК: № 044030811, Корр. счет: № 30101810300000000811

Жирков А. М., Подопригора Г. М., Цуцунава М. Р.
Здоровый человек и его окружение. Междисциплинарный подход
Учебное пособие. 1-е изд.

ISBN 978-5-8114-1978-4

Год выпуска 2015
Формат 12,8×20 см
Переплет: твердый
Страниц прим. 256

Данное пособие явилось результатом анализа значительного количества научных исследований и обобщения научного опыта, как отечественного, так и зарубежного, накопленного за последние годы в области здоровьесбережения. В первую очередь авторов интересовал опыт того, как оставаться здоровым человеком. Это не удивительно, так как здоровье является основным фактором жизненного успеха и благополучия человека. При этом сегодня нам известно о болезненных состояниях гораздо больше, чем собственно о здоровье, так как слишком долго медицина ориентировала нас, включая специалистов сестринского звена, на изучение болезней.

Учебное пособие состоит из 9 разделов, каждый раздел сопровождается конкретными задачами обучения и вопросами для самоконтроля; кроме того, пособие включает индекс понятий и концепций, список использованной литературы и тематические приложения. Предназначено для студентов и преподавателей СПО и ВПО, специалистов и практических работников в области сестринского дела, валеологии, физкультуры и спорта и всех тех, кого интересует вопрос, как оставаться здоровым.

Предисловие Здоровье является основным фактором жизненного успеха и благополучия человека. Полнота и интенсивность многообразных жизнепроявлений человека непосредственно зависит от уровня здоровья, его «качественных» характеристик, которые в значительной мере определяют образ и стиль жизни человека: уровень социальной, экономической и трудовой активности, степень миграционной подвижности человека, приобщение его к современным достижениям культуры, науки, искусства, техники и технологии, характер и способы проведения досуга и отдыха.

В 1980г. Всемирная организация здравоохранения (далее ВОЗ) разработала глобальную стратегию «Здоровье для всех», которую приняли все 189 стран — члены ВОЗ, в том числе и Россия. В 1998 г. была принята новая версия стратегии — «Здоровье для всех в XXI веке», главной целью которой было достижение максимально возможного уровня здоровья всех жителей регионов мира. Основная и постоянная задача данной стратегии заключается в достижении полной реализации всеми людьми их «потенциала здоровья». Через международные и отечественные документы красной нитью прошла установка: участие в формировании здорового образа жизни является неотъемлемой составной частью профессиональной деятельности каждого медицинского работника независимо от специальности и занимаемой должности; включение вопросов формирования здорового образа жизни в программы совещаний и семинаров медицинских и фармацевтических работников, в учебные планы по специализации и усовершенствованию медицинских кадров.

В 2004 году Пятьдесят седьмая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения приняла Глобальную стратегию ВОЗ по питанию, физической активности и здоровью. В этом документе было отмечено, что во всех странах основополагающие детерминанты неинфекционных заболеваний в основном одинаковы и включают: повышенное потребление энергетически емких, но бедных питательными элементами продуктов с высоким содержанием жира, сахара и соли, пониженный уровень ФА, а также употребление табака.

Тем не менее, современное общество уделяет вопросам здоровья недостаточно внимания. Здоровый образ жизни едва ли находит свое отражение в средствах массовой информации. Напротив, большинство источников массовой информации — телевидение, реклама, радио, пресса, кино, музыка — содержит негативную информацию, косвенно пропагандирующую неправильное мышление, образ жизни и питание. Все это сказывается не только на уровне общественной и индивидуальной нравственности, способствуя тиражированию и усвоению аморальных стандартов поведения, потере моральных ориентиров и духовных ценностей, но и на физическом и психическом состоянии людей.

В выступлении на коллегии Минздрава РФ 28 сентября 2012 г. министра здравоохранения В. И. Скворцовой среди приоритетов развития в сфере здравоохранения первое место было отдано профилактике болезней и здоровому образу жизни. Таким образом, новой парадигмой в здравоохранении страны становится смещение от лечения заболеваний к их предотвращению и поддержанию здоровья. Целевыми ориентирами государственной программы «Развитие здравоохранения», определенными к 2018 г., стали:

1. увеличение продолжительности жизни при рождении — 74,1 (70,3 в 2011 г.);
2. снижение смертности от болезней системы кровообращения до 590,9 на 100 тыс. населения (753,0 в 2011 г.);
3. снижение смертности от новообразований (в т.ч. от злокачественных) до 192,6 на 100 тыс. населения (204,6 в 2011 г.).

В «Национальной доктрине образования в Российской Федерации до 2025 года», в Законе РФ «Об образовании», в «Концепции модернизации российского образования на период до 2010 года» провозглашены в качестве приоритетных вопросы охраны, сохранения и развития здоровья подрастающего поколения, ценностных ориентаций на сознательное ведение здорового образа жизни и его пропаганду.

Дальнейшему развитию профилактической направленности здраво-охранения и здоровому образу жизни способствует принятый в 2011 г. Федеральный закон №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации». Впервые на законодательном уровне закреплен приоритет профилактических мероприятий в сфере охраны здоровья и их ключевой элемент — формирование здорового образа жизни у населения. Одним из важных условий достижения этих показателей является совершенствование обучения медицинских работников в области профилактики заболеваний, укрепления и сохранения здоровья.

Для того, чтобы улучшить здоровье людей, нужно воспитывать культуру здорового образа жизни, стремление и желание заботиться о своем собственном здоровье, прежде всего, у тех, кто должен нести здоровьесберегающие идеи в общество, а, именно, у студентов медицинских вузов и колледжей. Важным направлением в воспитательной работе в учебных заведениях должно стать и формирование у студентов правильного представления о здоровом образе жизни и соответствующих психологических установок. Новые поколения специалистов в области здоровьесбережения должны уметь не только определять факторы риска, но и учитывать их при консультировании пациентов по вопросам здоровьесбережения, устанавливать причинно-следственные связи («заболевание-фактор»), учитывать потребности клиента и выбирать правильную стратегию при разработке профилактических программ, устанавливать мотивы определенного поведения людей, чтобы увидеть истинные причины мнимого нежелания быть здоровым, уметь обосновывать влияние поведения не только на здоровье определенного индивидуума, но и на его окружение.

«МУ 3.1.3260-15. 3.1. Профилактика инфекционных болезней. Противоэпидемическое обеспечение населения в условиях чрезвычайных ситуаций, в том числе при формировании очагов опасных инфекционных заболеваний. Методические указания» (утв. Главным государственным санитарным врачом РФ 24.03.2015)

Методические указания определяют организацию и осуществление комплекса противоэпидемического обеспечения в условиях чрезвычайных ситуаций и при ликвидации их последствий.

Методические указания предназначены для специалистов органов, осуществляющих государственный санитарно-эпидемиологический надзор, независимо от ведомственной принадлежности, а также могут быть использованы органами государственной власти в сфере охраны здоровья и медицинскими организациями. Методические указания могут применяться при работе на территории Российской Федерации и за рубежом.

Федеральный закон от 08.03.2015 № 55-ФЗ «О внесении изменений в Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» по вопросам организации медицинской помощи, оказываемой в рамках клинической апробации методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации»

В медицинских организациях, подведомственных федеральным органам исполнительной власти, может быть оказана медицинская помощь в рамках клинической апробации новых методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации. Клиническая апробация представляет собой практическое применение разработанных и ранее не применявшихся методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи для подтверждения доказательств их эффективности. Медицинская помощь в рамках клинической апробации будет оказываться при наличии заключений этического комитета и экспертного совета уполномоченного федерального органа исполнительной власти.

Медицинская помощь в рамках клинической апробации оказывается при наличии информированного добровольного согласия совершеннолетнего дееспособного пациента, а в отношении несовершеннолетнего пациента и пациента, признанного в установленном законом порядке недееспособным, - при наличии информированного добровольного согласия одного из родителей или иного законного представителя.

Оказание медицинской помощи в рамках клинической апробации запрещается с участием в качестве пациентов:

детей, женщин в период беременности, родов, женщин в период грудного вскармливания, за исключением случаев, если соответствующие методы предназначены для этих пациентов, при условии принятия всех необходимых мер по исключению риска причинения вреда женщине в период беременности, родов, женщине в период грудного вскармливания, плоду или ребенку;

военнослужащих, за исключением военнослужащих, проходящих военную службу по контракту, в случае, если соответствующие методы специально разработаны для применения в условиях военных действий, чрезвычайных ситуаций, профилактики и лечения заболеваний и поражений, полученных в результате воздействия неблагоприятных химических, биологических, радиационных факторов;

лиц, страдающих психическими расстройствами, за исключением случаев, если соответствующие методы предназначены для лечения психических заболеваний.

Приказ от 14 апреля 2015 г. N 187н
«Об утверждении порядка
оказания паллиативной медицинской помощи
взрослому населению»

12 мая опубликован, а 22 мая 2015 года вступил в силу приказ Минздрава России от 14.04.2015 № 187н "Об утверждении Порядка оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению". Соответственно, с этого же времени перестает действовать предыдущий приказ Минздрава России от 21.12.2012 N 1343н. В чем его отличие от предыдущего?

Вступительная часть приказа с общими положениями значительно расширена. В ней 22 пункта, а в предыдущем приказе было только 8. Это связано с необходимостью регулирования тех проблемных мест, которые и привлекли внимание общественности.

Сформулирована основная цель оказания паллиативной помощи - эффективное и своевременное избавление от боли и облегчение других тяжелых проявлений заболеваний в целях улучшения качества жизни неизлечимо больных лиц до момента их смерти.

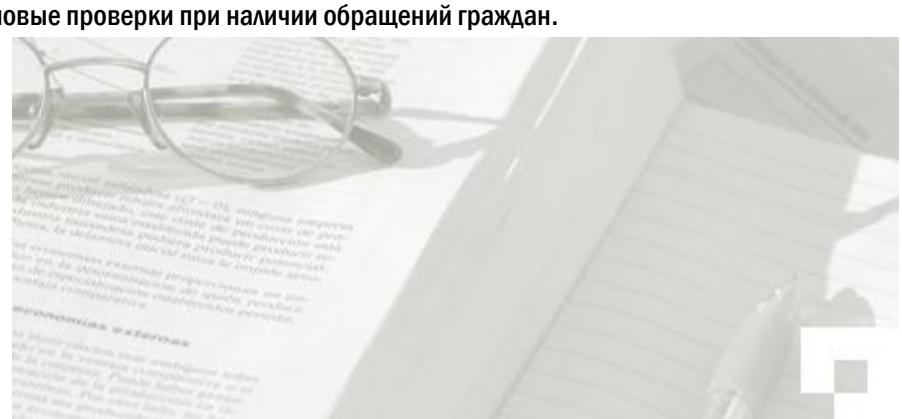
Обозначены целевые группы пациентов с неизлечимыми прогрессирующими заболеваниями и состояниями.

Изложен порядок направления пациентов в медицинские организации, оказывающие паллиативную медицинскую помощь в стационарных и амбулаторных условиях. В том числе обязательно оформление выписки из медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях или медицинской карты стационарного больного с указанием диагноза, результатов клинических лабораторных и инструментальных исследований, рекомендаций по диагностике и лечению иным медицинским мероприятиям.

По мнению специалистов, новый приказ более четко по сравнению с предыдущим регулирует узловые моменты оказания медицинской помощи неизлечимо больным пациентам и будет хорошим подспорьем их родственникам, т.к. основная тяжесть заботы о подобных пациентах все же ложится на их плечи.

Соответственно на медицинские организации, врачебный и сестринский персонал ложатся обязанности по выполнению требований данного приказа.

Внешний контроль за выполнением требований данного приказа осуществляют лицензирующие органы и территориальные органы Росздравнадзора, которые могут инициировать внеплановые проверки при наличии обращений граждан.



НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

«СПЕЦИАЛИСТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ»

2015, № 5

Подписано в печать 02.07.2015. Формат 60 x 84 1/8. Бумага офсетная. Печать офсетная.
Объем 4,25 уч.-изд. л.; 4,25 усл. печ. л. Тираж 1000 экз. Заказ № 6245

E-mail: mediteka21@mediteka.ru