

Специалист здравоохранения

Научно-практический журнал

№ 2, 2013

Санкт-Петербург
2013

№ 2, август 2013

СПЕЦИАЛИСТ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Научно-практический журнал

Редакционный совет

Петрова Н.Г., д.м.н., профессор
Зав. кафедрой сестринского дела СПб
ГМУ им. И.П.Павлова

Лаптева Е.С., к.м.н., доцент
Зав. кафедрой сестринского дела
с клинической практикой СЗ ГМУ
им. И.И. Мечникова

Петрова А.И., к.м.н., доцент
Зав. учебной частью кафедры
сестринского дела с клинической
практикой СЗ ГМУ
им. И.И. Мечникова

Редакция

Цуцунава М.Р., BSc, MS
Ассистент кафедры сестринского дела СЗ
ГМУ им. И.И. Мечникова

Полюкова М.В.
Ассистент кафедры сестринского дела СПб
ГМУ им. И.П.Павлова

Алешева Н.В.
Зав. лабораторией кафедры сестринского
дела с клинической практикой СЗ ГМУ им.
И.И. Мечникова

Адрес редакции:

195067, Санкт-Петербург, пр. Пискаревский
д.47, кафедра сестринского дела с
клинической практикой (павильон 6)

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

Учредитель:

АНО «Независимое информационное
агентство «НИАГара»

Генеральный спонсор выпуска:
ООО «ЭсСиЭй Хайджин Продактс Раша»

**Стоимость подписки на 5 номеров
(№№ 2-6):**

Комплект № 1 (5 экземпляров): 2400 руб.
комплект № 2 (10 экземпляров): 4800 руб.
комплект № 3 (20 экземпляров): 9600 руб.

С организациями заключается договор,
по окончании выполнения обязательств
подписывается акт.

Способ доставки:

Комитет по здравоохранению СПб,
райздравы.

Заявки* принимаются по факсу: 543 13 63
или по электронной почте:
mediteka21@mediteka.ru

* В заявке указывается: Учреждение
Телефон/Факс Контактное лицо Количество
экз. /№ комплекта

Дополнительная информация по телефону:
+79213708822
+79500218010

**Приглашаем авторов
к сотрудничеству**

О правилах оформления статей – на стр. 

На 1 стр. обложки:
Молодые специалисты (выпускники 2013 г.)

СОДЕРЖАНИЕ

НОВОСТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Новые нормативы труда медработников	5
Новые нормы лечебного питания	5
Критерии оценки качества работы ЛПУ	5
Социальный пакет» для медработников	6

НОРМАТИВНЫЕ АКТЫ

Комментарий к приказу № 240н от 23 апреля 2013 года	7
-----------------------------------------------------------	---

СЛОВО ПРАКТИКУ

Как привлечь и удержать сотрудников в государственном ЛПУ (на примере геронтологической службы)	10
Инновационная уборка помещений ЛПУ	13

СЕСТРИНСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Роль акушерки в работе родильного отделения: возможности улучшения обслуживания за счет интеграции «неформальных» обязанностей.....	15
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

КАФЕДРА

Роль среднего медицинского персонала в обеспечении качества медицинской помощи.....	21
----------------------------------------------------------------------------------------	----

ИНТЕРНАТУРА

Роль медицинской сестры в профилактике гепатитов с парентеральным механизмом заражения у пациентов, получающих лечение хроническим гемодиализом.....	25
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

ЛЕКЦИЯ

Пролежни	29
----------------	----

ЗАРУБЕЖНЫЙ ОПЫТ

Разбор клинического случая: гипогликемия.....	33
Юмор как дополнительная терапия в уходе за пациентами, испытывающими боль: результаты исследований	35
Можно ли интегрировать юмор в повседневный уход за пациентами?	36

РАЗМИНКА ДЛЯ ИНТЕЛЛЕКТА

Тесты	37
-------------	----

Уважаемые коллеги !

На дворе сентябрь, и всегда долгожданное отпускное время у многих осталось позади. Благоустроенные, погрузившиеся в состояние релаксации курорты, приятно взбадривающее на зное море, вызывающее ощущение комфорта и усыпляющее тепло песочного пляжа, периодически возвращающие из транса выкрики неугомонных торговцев, назойливо предлагающих всякую всячину, не оставляющее равнодушным величие гор, покорно примеряющих легкомысленные убранства воздушных кутерье, зеркальность озер, вокруг которых расположились туристические кемпинги, создавшие настоящую атмосферу отдыха, - все это еще долго будет вспоминаться и согревать те самые будни, которые незаслуженно получили название «серые»...

Мало того, что надо снова как-то настраиваться на работу, а тут еще непонятно откуда появившиеся нотки тревожности: «Что там произошло за время моего отсутствия?» «Все ли по-старому?» «Нет ли сюрпризов?» Однако, как бы философски это не прозвучало, «по-старому» в любом случае уже ничего не будет, потому что жизнь не стоит на месте (как бы не пытался отпуск внушить нам эту мысль...) И перемены приходят и будут приходить в нашу жизнь постоянно, скрыто или явно... Ну а для того, чтобы и «сюрпризов» было поменьше, и работалось спокойнее, наша команда подготовила очередной номер журнала.

И снова мы отследили последние новости из Минздрава РФ, которые внушают определенный позитив, попыталась разобраться с относительно новым порядком аттестации и выделить определенные аспекты, требующие внимания. Учитывая наступление учебного года, мы подготовили материалы, которые помогут обновить и дополнить определенные темы образовательной программы. Мы узнали и рассказали об уникальном сестринском исследовании, инициированном медсестрами «на общественных началах»... Уникальность же его заключается в том, что это – один из первых тандемов преподавателя и студента, которых объединил интерес к профессии и к возможности ее улучшить посредством научного подхода...

Но, возможно, самым важным событием является то, что в систему здравоохранения пришли работать молодые специалисты. И этот факт не должен оставаться без внимания!

Мы надеемся, что этот августовский номер не только приумножит круг своих читателей, но и найдет новых интересных людей и авторов, готовых сотрудничать, помогать обогащать как теоретическую базу профессии, так и практическую, наращивать ее интеллектуальный потенциал.

От Редакции – Цуцунава М.Р.

Новые нормативы труда медработников

В Министерстве здравоохранения РФ создана межведомственная рабочая группа, занимающаяся выработкой новых норм оплаты труда, которые в России не менялись с 1980 года. Как отметила глава Минздрава России Вероника Скворцова, в настоящее время завершается подготовка методики по разработке нормативов труда, а в октябре-декабре запланирован пилотный проект по нормированию труда в 10 субъектах Российской Федерации.

К концу текущего года ведомство представит 27 новых профессиональных стандартов. Переход на эффективный контракт будет производиться поэтапно. «Ведется работа по составлению отраслевых профессиональных стандартов, которые учитывают изменение структуры самой системы здравоохранения и необходимость перераспределения функций между медицинскими работниками», - сказала министр Скворцова.

Кроме того, для осуществления медицинской деятельности врачи с 2016 года будут проходить обязательную аккредитацию. «С 2016 года запланирован переход на аккредитацию медицинских работников с выдачей им индивидуальных листов допуска к конкретным видам медицинской помощи. Это также будет одной из составных частей непрерывного медицинского образования», — подчеркнула глава ведомства.

Новые нормы лечебного питания

На официальном сайте министерства здравоохранения - Приказ Минздрава России № 395 н от 21 июня 2013 года «Об утверждении норм лечебного питания».

Документом изменена суточная норма количества продуктов на одного человека. В частности, снижено количество рыбы и рыбопродуктов. Из щадящей диеты исключена белокачанная капуста, ржаной хлеб. При этом увеличено количество пшеничного хлеба, крахмала, макаронных изделий и картофеля, огурцов и помидоров, а также кисломолочных продуктов, кофе и какао.

В состав компонентов для приготовления блюд диетического питания также входят белковые композитные сухие смеси. Эффективность их включения в диетические блюда при многих сердечно-сосудистых заболеваниях, сахарном диабете, заболеваниях печени, нарушениях обмена веществ и других заболеваниях подтверждена результатами клинических испытаний, которые в течение двух лет проводились в ФГБУ «НИИ питания» РАМН, ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт туберкулеза» РАМН и др.

Смеси белковые композитные сухие производятся в соответствии с ГОСТ Р 53861-2010 «Продукты диетического (лечебного и профилактического) питания. Смеси белковые композитные сухие. Общие технические условия». Смеси внесены в Государственный реестр и применяются в качестве компонента для приготовления блюд лечебного и профилактического питания детей с 3-х лет и взрослых, и работников, занятых на работах с вредными и особо вредными условиями труда.

Критерии оценки качества работы ЛПУ

Как сообщается на официальном сайте министерства здравоохранения РФ, совместно с общественными организациями разработаны критерии оценки качества работы медучреждений. По словам заместителя министра Игоря Каграманяна, проведение независимой оценки

качества деятельности медицинских организаций и выстраивание рейтингов направлены на реализацию пациентом права выбора медицинских организаций и повышение удовлетворенности их работой.

Критерии качества были разработаны общественными советами пилотных регионов. Пилотные проекты по оценке качества работы медицинских организаций реализованы в Башкирии и Пермском крае. Среди базовых единых для всех регионов критериев Минздрав России обозначил следующие:

«Открытость и доступность информации» предполагает, что медицинская организация обязана в доступной форме информировать население о возможности получения медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий, об эффективности методов лечения, о льготных лекарственных средствах и лекарственном обеспечении, о платных медицинских услугах и порядке их оплаты, а также проводить пропаганду здорового образа жизни и санитарно-гигиеническое просвещение населения.

«Оценка комфортности условий предоставления услуг» позволяет оценить внутреннее благоустройство места предоставления услуги (например, наличие работающего лифта для пациентов в многоэтажных поликлиниках, комфортность условий ожидания приема врача, санитарные условия) и внешнее благоустройство (например, возможность посещения медицинских организаций лицам с ограниченными возможностями здоровья, наличие автомобильной парковки, освещение территории). Пилотный проект показал средний уровень реализации требований по этому показателю.

«Доброжелательность» включает отноше-

ние медицинского персонала к пациенту, отсутствие посторонних во время приема у врача, неразглашение персональных данных пациента третьим лицам. Как показал пилотный проект, не все организации по этому критерию набрали максимальное количество баллов. Еще один критерий «Оценка внешнего благоустройства» учитывает безопасный проезд, удобный проход к медицинской организации.

Медучреждениям России поручено в месячный срок не позднее 22 августа представить итоги проведенного самоанализа и предложения по доработке базовых критериев, а также дополнительные критерии для оценки специализированных и стационарных медицинских учреждений.

«Социальный пакет» для медработников

Национальная медицинская палата совместно с Профсоюзом медицинских работников РФ предложила правительству рассмотреть «Социальный пакет» для медицинских работников.

НМП считает, что он не решит всех проблем кадрового кризиса в здравоохранении, однако является необходимой мерой, которая способна создать более привлекательные условия для работы в сфере здравоохранения как для молодых, так и для состоявшихся врачей.

При этом принятие «Социального пакета» ни в коем случае не исключает необходимость повышения заработной платы, создания нормальных условий работы, повышения уважения к профессии врача и формирования условий для профессионального роста.

Комментарий к приказу № 240н от 23 апреля 2013 года

Новый Порядок более проработан и внес ту конкретику, которая позволит специалистам планировать сам процесс прохождения аттестации и предопределять сроки его окончания.

ВПЕРВЫЕ УТОЧНЯЮТСЯ:

- Сроки назначения даты и места проведения тестового контроля и собеседования - не позднее, чем за тридцать календарных дней до даты проведения тестового контроля знаний и собеседования
- Срок проведения тестового контроля знаний и собеседование - не позднее семидесяти календарных дней со дня регистрации документов.
- Сроки вынесения решения о присвоении или об отказе в присвоении категории - не позднее семидесяти календарных дней со дня регистрации документов.
- Сроки принятия решения Экспертной комиссии о присвоении или об отказе в присвоении специалисту квалификационной категории - не позднее семидесяти календарных дней со дня регистрации документов.
- Сроки подготовки распорядительного акта о присвоении категории - не позднее девяноста календарных дней со дня регистрации документов
- Сроки издания распорядительного акта о присвоении категории - не позднее ста десяти календарных дней со дня регистрации документов
- Срок для присвоения более высокой квалификационной категории - не ранее, чем через три года со дня издания распорядительного акта о присвоении квалификационной категории

А также:

Требования к специалистам, претендующим на определенную категорию:

Специалист, претендующий на получение второй квалификационной категории, должен:

- иметь теоретическую подготовку и практические навыки в области осуществляемой профессиональной деятельности;
- использовать современные методы диагностики, профилактики, лечения, реабилитации и владеть лечебно-диагностической техникой в области осуществляемой профессиональной деятельности;
- ориентироваться в современной научно-технической информации, владеть навыками анализа количественных и качественных показателей работы, составления отчета о работе;

Специалист, претендующий на получение первой квалификационной категории, должен:

- иметь теоретическую подготовку и практические навыки в области осуществляемой профессиональной деятельности и смежных дисциплин;
- использовать современные методы диагностики, профилактики, лечения, реабилитации и владеть лечебно-диагностической техникой в области осуществляемой профессиональной деятельности;
- уметь квалифицированно провести анализ показателей профессиональной деятельности и ориентироваться в современной научно-технической информации;
- участвовать в решении тактических вопросов организации профессиональной деятельности;

Специалист, претендующий на получение высшей квалификационной категории, должен:

- иметь высокую теоретическую подготовку и практические навыки в области осуществляемой профессиональной деятельности, знать смежные дисциплины;
 - использовать современные методы диагностики, профилактики, лечения, реабилитации и владеть лечебно-диагностической техникой в области осуществляемой профессиональной деятельности;
 - уметь квалифицированно оценить данные специальных методов исследования с целью установления диагноза;
 - ориентироваться в современной научно-технической информации и использовать ее для решения тактических и стратегических вопросов профессиональной деятельности.
- Аттестация специалистов, имеющих иное высшее профессиональное образование: аттестация специалистов, имеющих иное высшее профессиональное образование и осуществляющих медицинскую и фармацевтическую деятельность, проводится по должностям, предусмотренным действующей номенклатурой должностей медицинских и фармацевтических работников.
 - Документы, выданные на территории иностранного государства: в случае наличия документов, выданных на территории иностранного государства и оформленных на иностранном языке, специалист представляет заверенный в установленном порядке перевод документов на русский язык.
 - Категория, присвоенная до вступления в силу нового порядка: квалификационные категории, присвоенные специалистам до вступления в силу нового Порядка, сохраняются в течение срока, на который они были присвоены.
 - Действие категории на всей территории

РФ: присвоенная квалификационная категория действительна на всей территории Российской Федерации в течение пяти лет со дня издания распорядительного акта о присвоении.

ИЗМЕНИЛИСЬ:

- Сроки для направления отказа специалисту в приеме квалификационной документации; если раньше это было 14 календарных дней, то, согласно новому Положению, письмо об отказе в принятии документов с разъяснением причины отказа должно быть направлено в течение семи календарных дней со дня регистрации документов.
- Сроки обжалования решения аттестационной комиссии: в течение одного года с даты принятия аттестационной комиссией обжалуемого решения (раньше был тридцатидневный срок)

А также:

- Стаж работы, требуемый для получения категории:
 - Вторая категория – не менее 3-х лет
 - Первая – не менее 5 лет*
 - Высшая – не менее 7 лет*
- Условия принятия решения о присвоении категории: если раньше при равенстве голосов решение считалось принятым в пользу специалиста, то теперь, согласно новому Положению, в случае равенства голосов решающим будет голос председательствующего на заседании Комитета или Экспертной группы
- Критерии правомочности заседания Комитета или Экспертной группы: сегодня заседание считается правомочным, если на нем присутствует более половины Комитета или Экспертной комиссии (требования на заседании не менее 2/3 числа членов экспертной группы аттестационной комиссии).
- Требования к доставке квалификацион-

*/**Фактически эти изменения коснулись только специалистов с высшим профессиональным образованием.

ной документации: посредством почтовой связи или представляются лично специалистом (ранее допускалась доставка должностным лицом организации, уполномоченным осуществлять взаимодействие организации, в которой специалист осуществляет профессиональную деятельность, с аттестационной комиссией).

- Порядок выдачи выписки о присвоенной категории: выписка направляется посредством почтовой связи или выдаётся на руки специалисту.

В НОВОМ ПОЛОЖЕНИИ НЕ ОГОВАРИВАЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ВОПРОСЫ:

- Утеря документов о присвоении квалификационной категории и возможность получения дубликата
- Возможность получения категории по совмещаемой специальности
- Право специалиста на повторный квалификационный экзамен в связи с решением о несоответствии квалификационной категории
- Индивидуальный протокол специалиста
- Требования к оформлению пакета документов.

СПИСОК ДОКУМЕНТОВ В АТТЕСТАЦИОННУЮ КОМИССИЮ:

1. заявление на имя председателя аттестационной комиссии, в котором указывается фамилия, имя, отчество (при наличии) специалиста, квалификационная категория, на которую он претендует, наличие или отсутствие ранее присвоенной квалификационной категории, дата ее присвоения, согласие на получение и обработку персональных данных с целью оценки квалификации, личная подпись специалиста и дата;
2. заполненный в печатном виде аттеста-

онный лист, заверенный отделом кадров организации, осуществляющей медицинскую или фармацевтическую деятельность, работником которой является специалист, по форме согласно рекомендуемому образцу;

3. отчет о профессиональной деятельности, лично подписанный специалистом, согласованный с руководителем и заверенный печатью организации, осуществляющей медицинскую или фармацевтическую деятельность, работником которой является специалист;
4. копии документов об образовании (диплом, удостоверения, свидетельства, сертификаты специалиста), трудовой книжки, заверенные в установленном порядке;
5. в случае изменения фамилии, имени, отчества - копия документа, подтверждающего факт изменения фамилии, имени, отчества;
6. копия документа о присвоении имеющейся квалификационной категории (при наличии).

Какой период деятельности должен охватывать отчет?

За последние три года работы - для специалистов с высшим профессиональным образованием и за последний год работы - для работников со средним профессиональным образованием с их личной подписью.

Каковы требования к содержанию отчета?

Отчет должен содержать анализ профессиональной деятельности за последние три года работы - для специалистов с высшим профессиональным образованием и за последний год работы - для специалистов со средним профессиональным образованием, включая описание выполненных работ, данные о рационализаторских предложениях и патентах, выводы специалиста о своей профессиональной деятельности, предложения по ее совершенствованию);

Какие права сохраняются за специалистом?

- Специалисты могут претендовать на присвоение более высокой квалификацион-

ной категории, но не ранее чем через три года со дня издания распорядительного акта о присвоении квалификационной категории

- Специалист вправе повторно направить документы в аттестационную комиссию по результатам устранения оснований, послуживших причиной отказа в принятии документов,
- Специалист вправе обжаловать решение аттестационной комиссии в органе государственной власти или организации, создавших аттестационную комиссию, в течение одного года с даты принятия аттестационной комиссией обжалуемого решения.

Какие комиссии создаются для проведения аттестации специалистов?

Центральная аттестационная комиссия: создается федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке и реализации государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения;

Ведомственные аттестационная комиссия: создается федеральными органами исполнительной власти, государственными академиями наук, организациями, имеющими подведомственные медицинские организации и фармацевтические организации;

Территориальные аттестационные комиссии: создаются органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации.

СЛОВО ПРАКТИКУ

Как привлечь и удержать сотрудников в государственном ЛПУ (на примере геронтологической службы)

А.В.Каларашук, главная медицинская сестра СПб ГБУЗ «Городская больница № 8»



Управление человеческими ресурсами представляет собой комплекс взаимосвязанных функций и процедур, целью которых является привлечь, мотивировать, поддержать и удержать сотрудников в организации. Решающими факторами эффективности процессов привлечения и удержания персонала является разработка системы мотивации привлечения и удержания сотрудников. Этому должен предшествовать анализ причин демотивированности населения к работе в геронтологических организациях, определение негативных факторов, ведущих к увольнению сотрудников, выявление факторов положительной мотивации, присутствующих геронтологическим организациям. Проанализируем причины демотивированности со-

Образование – высшее (СПб ГМА им. Мечникова, факультет высшего сестринского образования, 2010г.)

Сертификат по специальности «Организация сестринского дела», «Управление сестринской деятельностью» (интернатура)

Высшая категория по специальности «Сестринское дело», «Управление сестринской деятельностью»

Стаж работы – 13 лет

трудников, характерные для организаций вне зависимости от их отраслевой принадлежности:

- чрезмерное вмешательство со стороны не-

посредственного руководителя;

- отсутствие психологической и организационной поддержки;
- недостаток необходимой информации;
- чрезмерная сухость и недостаток внимания руководителя к запросам подчиненного;
- отсутствие обратной связи, то есть незнание работником результатов своего труда;
- неэффективное решение руководителем служебных проблем работника;
- некорректность оценки работника руководителем.

Для работников геронтологических организаций такими причинами являются:

- физически и психологически сложный характер труда;
- высокие темпы профессионального выгорания;
- непонимание высшим руководством проблем рядовых сотрудников;
- нескоординированность действий различных служб и, как следствие, возникновение проблем, ответственность за решение которых возлагается на конечного исполнителя услуг;
- многоплановый характер работы (с пациентом, его родственниками, социальными службами, контролирующими и вышестоящими организациями);
- низкий социальный статус работника геронтологической организации;
- невозможность участия рядового работника в решении вопросов управления организацией;
- отсутствие реальной защиты профессиональной ответственности.

Мотивация сотрудников геронтологических служб: опыт СПб ГУЗ Городская больница № 8»

Средний медицинский персонал лечебных учреждений (медицинские сестры) является наиболее многочисленным по составу, принимая на себя наибольшую часть рабочих нагрузок в ходе оказания лечебно-профилактической помощи населению. Основным распорядителем

процессов рассматривается пациент, а наибольшее значение следует придавать тем действиям организации, которые производятся в точках соприкосновения с ним (пациентом). Из этого следует ряд определений:

- в точках соприкосновения с пациентами должны работать наиболее устойчивые и удовлетворенные своей работой и жизнью сотрудники;
- те виды деятельности сотрудников, которые не направлены непосредственно на пациента, должны производиться вне времени и места контакта с пациентом;
- необходимо предусмотреть возможность ротации не только в междолжностном пространстве, но и в пределах одной должности, чтобы сотрудники имели возможность переключать внимание несколько раз в течение дня;
- удовлетворение сотруднику приносит возможность самостоятельного принятия решений и ответственности за их принятие; следовательно, необходимо выделить в должностях часть функций, предполагающих самостоятельный выбор решения.

Оплата труда в современных теориях мотивации не является существенным фактором. Скорее, оплата труда является фактором привлечения персонала. В дальнейшем персонал ценит не размер заработной платы, а ее способность к росту, поэтому рассматривать, как мотиватор следует не оплату труда как таковую, а положение об оплате труда. В Положении об оплате труда необходимо предусмотреть оценку основных характеристик компетенций работника, характеристик его профессионального и личностного роста, качество выполнения должностных обязанностей.

Система материального стимулирования, кроме зарплаты и премий (бонусов), может включать в себя пенсионные накопления, участие в прибылях, оплату обучения (работника или его детей), беспроцентные займы на покупку дома или машины, оплату питания или проезда работников, оплату отдыха работника и т. п. Разработка и внедрение справедливой и

подходящей для организации и для работников системы оплаты за выполненную работу может быть важным фактором повышения уровня трудовой мотивации персонала и роста эффективности и конкурентоспособности организации в целом.

Возможности материального стимулирования в нашем ЛПУ ограничены, поэтому руководители СПб ГУЗ «Городская больница № 8» широко используют следующие методы нематериальной мотивации:

- стремятся создать в коллективе единую команду;
- поощряют и развивают у подчиненных творческие способности;
- отмечают достигнутые подчиненными результаты;
- обеспечивают подчиненным возможности для дальнейшего обучения;
- оснащают рабочие места современными техническими средствами;
- предоставляют подчиненным ответственную и содержательную работу, требующую от них более полной отдачи;
- выдвигают кандидатуры подчиненных на повышение.

Руководитель (в данном случае старшая медсестра) должен понять желания сотрудника или факторы, его не устраивающие, мотивацию для удовлетворения профессиональных потребностей сотрудников; соотнести найденные стимулы с особенностями организации и использовать их в нужный момент. Оценка мотивации сотрудников привела к следующим изменениям в работе:

- работники с большим энтузиазмом стремятся к успеху;
- сотрудники выполняют запланированную работу в установленные сроки;
- работники стремятся к конструктивному сотрудничеству при решении проблем;
- сотрудники готовы добровольно брать на себя ответственность.

Одним из важнейших подразделений стационара является приемное отделение. Следует отметить, что исследований и работ, посвященных деятельности медицинских сестер

приемных отделений, относительно немного, а между тем, приемное отделение – визитная карточка лечебно-профилактического учреждения. Все проблемы, касающиеся сестринской службы вообще, свойственны и приемному отделению. Высокий уровень физических и психоэмоциональных нагрузок, низкая укомплектованность штата средним и младшим медперсоналом негативно сказываются на качестве сестринской помощи. Необходимо обратить пристальное внимание на деятельность руководителей сестринской службы, так как во многом медицинская помощь, в т.ч. сестринская, напрямую зависит от эффективного управления.

Для привлечения сотрудников (в том числе и медсестер) в СПб ГУЗ «Городская больница № 8» используются следующие ресурсы:

- Публикация объявлений об имеющихся вакансиях в газете «Любая работа»;
- Размещение информации и имеющихся вакансиях в «Центре занятости»;
- Размещение объявлений о найме на работу в сети Интернет на различные сайты по подбору персонала (job.ru, superjob.ru) сайты бесплатных объявлений (avito.ru, slando.ru) и социальных сетях (вконтакте).

Метод привлечения персонала из числа студентов медицинских колледжей, которые проходят практическую подготовку на базе нашего стационара, практически не зарекомендовал себя, являясь неэффективным в наших условиях. Молодым специалистам интересно дальнейшее обучение, привлекательная материально-техническая база стационара, а профиль нашего учреждения имеет геронтологическую направленность (в структуре преобладают отделения сестринского ухода).

Для того, чтобы удержать персонал, в нашем коллективе широко используются методы нематериальной мотивации сотрудников:

- Взаимопонимание и проявление интереса к сотрудникам. Внутри коллектива отделений сложились дружеские неформальные отношения. Атмосфера чуткости, терпения и профессионализма способствует как привлечению новых сотруд-

ников, так и удержанию имеющихся. В коллективе царит комфортная обстановка, сложился благоприятный психологический микроклимат, и все это не без усилий (порой невидимых) старшей сестры. Все проблемы или разногласия замыкаются на старшей сестре, как руководители подразделения и решаются, не доходя до точки не возврата.

- Устная публичная благодарность. Я, как старшая медсестра, организатор, менеджер, всегда придерживаюсь правила: «хвалить при всех, ругать наедине!» Нельзя недооценивать роль благодарности, особенно публичной!
- Администрацией нашей больницы регулярно издаются приказы о награждении почетными грамотами или об объявлении благодарности работнику от лица руководства. Такие события, как правило, приурочиваются к праздничным дням (8 марта, День медицинской сестры, День меди-

цинского работника, Новый год), зачитываются и вручаются на общебольничных торжественных собраниях. Причем, отделом кадров делается соответствующая запись об объявлении благодарности в трудовую книжку. Многие сотрудники нашей больницы награждены грамотами Комитета здравоохранения Санкт-Петербурга и Министерства здравоохранения и социального развития, также имеются сотрудники, награжденные почетным нагрудным знаком «За милосердие».

- При составлении графика работы, я, как старшая медсестра, учитываю пожелания сотрудников и одновременно стараюсь равномерно распределять нагрузку. Это связано с разным объемом работы в дни, когда стационар является дежурным по скорой помощи, и когда поступают только плановые пациенты. Такой гибкий подход тоже является немаловажным мотивирующим фактором для сотрудников.

Инновационная уборка помещений ЛПУ

Л.А.Максимец, главная медицинская сестра
СПб ГБУЗ «Городская больница №40»

Вопрос уборки помещений в ЛПУ, на первый взгляд прозаический, имеет огромное значение в сохранении безопасности больничной среды. Ведь чистота лечебного учреждения является не только своеобразной «визитной карточкой» ЛПУ, но и залогом здоровья пациентов. Это – первое, на что обращает внимание пациент, посещая поликлинику или поступая в стационар на лечение. Однако основной целью грамотно организованной уборки является не только эстетическая сторона вопроса, но и то, что это ведет к повышению качества оказываемых пациенту услуг и является неотъемлемым звеном в цепи процесса выздоровления.

Одним из самых современных методов уборки (клининга) сегодня является метод предварительной подготовки. Эта безвредная уборка помещений обладает такими преимуществами как высокая экономичность, эргономичность и гигиеничность.

Немного истории. Как известно, Финляндия одна из самых чистых стран Европы. Не удивительно, что именно там родилась новая, не похожая на все, технология уборки. Уборка ме-

тодом предварительной подготовки была изобретена в 1983 году в небольшом финском городе Сало компанией, которая занималась производством уборочного инвентаря. Сотрудники компании долго размышляли над тем, как повысить скорость уборки и не потерять в качестве. Результатом таких исканий явилась новая технология уборки - метод предварительной подготовки.





В нашем учреждении первая покупка инвентаря произведена для двух отделений в 2009 году. Метод предварительной подготовки вводился в отделения после ремонта. Был приобретен инвентарь фирмы «VILEDA»: 2 комплексные тележки «Ориго 300HX», 150 различных мопов, 150 салфеток, 6 держателей насадок, ручки для держателей. В 2012 году дополнительно приобрели для них 15 мопов, 40 салфеток (ввиду утраты). За прошедшие четыре года никакой уборочный инвентарь в эти отделения не поступал. Сегодня у нас уже семь палатных отделений убираются по этой технологии.

Задачи клининга в ЛПУ:

- организация мероприятий, направленных на профилактику внутрибольничных инфекций;
- создание комфорта для пациентов, посетителей и сотрудников;

- использование инновационных методов уборки;
- разработка и внедрение стандартов уборки по классам помещений

Для достижения поставленных задач необходимо, чтобы уборка производилась специально обученным младшим медицинским персоналом с использованием передовых приспособлений и современных моющих и дезинфицирующих средств. Наши специалисты по уборке прошли профессиональные тренинги, они прекрасно владеют инвентарем, грамотные и надежные сотрудники.

Преимущества метода предварительной подготовки:

- повышение эффективности и качества уборки;
- повышение престижа работы младшего медицинского персонала;
- значительное облегчение труда;
- возможность контроля над выполняемой работой;
- экономичное расходование дезинфицирующих и моющих средств.

Профессиональный уборочный инвентарь фирмы «Vileda» целиком и полностью отвечает потребностям нашего медицинского учреждения, он прост и удобен в использовании, долговечен и значительно облегчает труд младшего медицинского персонала. В наших планах в санитарных помещениях отделений установить дозирующие устройства для дезинфицирующих растворов. Это позволит избежать ошибок при приготовлении рабочих растворов, значительно облегчит труд медперсонала.

Роль акушерки в работе родильного отделения: возможности улучшения обслуживания за счет интеграции «неформальных» обязанностей



Кузнецова В., старшая акушерка родильного отделения
ФГБУ «НИИ АГ им. Д.О.Отта» СЗО РАМН



Бочкова А., медсестра

Образование – высшее (факультет высшего сестринского образования СПб ГМУ им. акад. И.П.Павлова, 2012 г.),

С 2008 г. - преподаватель дисциплины «Сестринское дело в акушерстве и гинекологии» в Медицинском колледже СПб ГУ,

Стаж работы в родильном отделении - 10 лет

Цель: установить возможности для расширения роли акушерки в работе родильного отделения за счет интеграции ряда «неформальных» обязанностей.

Методы: самохронометражное наблюдение за работой акушерок с последующим статистическим анализом полученных данных.

Результаты: В результате наблюдений была составлена объективная схема того, чем занимаются акушерки в течение рабочей смены: выявлено, что в деятельности акушерок можно выделить «формальные» и «неформальные» обязанности, под которыми мы понимаем обязанности, связанные с общением с пациентами, их психологической и информационной поддержкой, в отличие от манипуляций, перечисленных в должностных инструкциях. Кроме того, был выявлен большой процент незанятого времени, связанный со спецификой работы в родильном отделении и невозможностью предсказать и рационально распределить нагрузку в течение смены и между разными работниками. Еще одним результатом наблюдений стало

выявление значительных затрат на «необходимое ожидание» при выполнении созависимых манипуляций.

Контекст

Сегодня роль акушерки определяется и регламентируется Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации (Минздравсоцразвития России) от 23 июля 2010 г. № 541 «Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения»:

акушерка «...оказывает доврачебную медицинскую помощь беременным женщинам и гинекологическим больным, устанавливает предварительный диагноз и срок беременности. Принимает нормальные роды. Проводит диспансеризацию и патронаж беременных, родильниц, гинекологических больных с выполнением организационных и лечебных мер. Оказывает экстренную доврачебную акушерскую и гинекологическую помощь, неотложную доврачебную помощь новорожденным. Проводит санитарно-гигиеническое обучение женщин по вопросам грудного вскармливания, предупреждения заболеваний репродуктивной системы, аборт и инфекций, передаваемых половым путем. Наблюдает за состоянием здоровья

и развития детей первого года жизни. Ассистирует при некоторых акушерских и гинекологических операциях. Выполняет мероприятия по соблюдению санитарно-гигиенического режима (соблюдение правил асептики и антисептики, правильное хранение, обработка, стерилизация инструментов, приборов, перевязочного материала) в отделении (женской консультации, кабинете)».

Однако мы полагаем, что эти мероприятия не затрагивают такой важный аспект работы акушерок как психологическая и информационная поддержка пациенток, а зачастую и их партнеров по родам, который уже стал неотъемлемой частью их работы и определяющим фактором качества медицинской помощи. Акушерки родильного отделения принимают непосредственное участие в активном ведении первого периода родов с применением водных процедур, массажа, дыхательных техник, различных физических упражнений, а по окончании родов организуют раннее прикладывание новорожденного к груди и тесное общение с родителями, что крайне важно в первые часы после рождения. Но эти обязанности не зафиксированы ни в одном из нормативных документов и должностных инструкций. Нами было инициировано пилотное исследование на базе родильного отделения НИИ АГ им Д.О. Отта с целью определить, какую долю составляют эти «неформальные» обязанности среди прочих обязанностей акушерок, чтобы доказать необходимость интеграции их в круг предписанных должностных обязанностей.

Целью данной работы явилось установить возможности для расширения роли акушерки в работе родильного отделения за счет интеграции «неформальных» обязанностей.

Задачи исследования

1. Определить манипуляции, которые выполняет акушерка в течение рабочей смены
2. Описать работу акушерки
3. Изучить нормативные акты.

Методы и участники исследования

В качестве метода исследования было ис-

пользовано хронометражное наблюдение. Количество участников исследования - 7 акушерок. Период наблюдения - 18 суточных и 13 операционных рабочих смен. Участники составили перечень выполняемых трудовых операций и схему временных затрат. Для удобства наблюдений было описано два вида дежурств, в рамках которых работают акушерки родильного отделения.

Первый из них – суточное дежурство в родильном зале: 3-4 акушерки работают в бригаде под руководством бригадира смены, который распределяет обязанности среди дежурных акушерок. Такая смена начинается в 9 часов утра и заканчивается в это же время следующего дня; может быть в любой день недели.

Второй вид дежурств – дежурство в операционной, когда акушерка выступает в роли операционной медсестры. Такая смена длится 8 часов - с 9 до 17 часов, и предусмотрена только в будние дни, когда проводятся плановые операции. В выходные и праздничные дни, а также по ночам, роль операционной медсестры выполняет одна из акушерок, находящихся на суточном дежурстве. Как правило, в операционной дежурят две акушерки.

Нам представляется невозможным рассмотреть эти виды смен вместе, поскольку они во многом отличаются по типу трудовых операций, их длительности и частоте, а также – по продолжительности самих смен.

Сбор информации осуществлялся методом самохронометража: акушеркам были предложены хронометражные карты с перечнем манипуляций и процедур, где они должны были представлять затраченное время на каждую из выполняемых операций. Мы признаем такое ограничение данного метода как субъективность наблюдений, поскольку референтного контроля записей не проводилось.

Методы анализа данных

Для обработки и анализа полученных хронометражных данных были применены инструменты MS Excel 2007: данные с хронометражных карт переносились в сводную таблицу; средние, максимальные, минимальные зна-

чения временных затрат, а также процентные соотношения рассчитывались с помощью стандартных формул

Результаты

«Формальные» обязанности

В результате наблюдений было установлено, что в деятельности акушерок можно выделить «формальные» и «неформальные» обязанности.

В основные («формальные») обязанности вошли выполняемые мероприятия, перечисленные в должностных обязанностях акушерки, согласно Приказу Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации (Минздравсоцразвития России) от 23 июля 2010 г. № 541 «Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения». Среди таких обязанностей наблюдались следующие виды деятельности: ведение учетно-отчетной документации; подготовка/уборка рабочего места; подготовка перевязочного материала; выполнение назначений врача; подготовка стерильного стола; наблюдение за пациенткой; оказание акушерского пособия; первичный туалет новорожденного; прикладывание новорожденного к груди; транспортировка новорожденного в детское отделение; ассистирование врачу при операции и других манипуляциях; постановка очистительной клизмы; постановка мочевого катетера.

«Неформальные» обязанности

Под «неформальными» мы понимаем обязанности, связанные с общением с пациентами и психологической информационной поддержкой пациентки и партнера, в отличие от манипуляций, перечисленных в должностных инструкциях. Именно эти «неформальные» обязанности и формируют часть сестринского процесса, являясь его психологической составной, и их выполнение, несмотря на отсутствие формализации, ожидается как со стороны пациентов, так и со стороны коллег, и является фактором, определяющим степень удовлетворенности пациентов медицинской помощью. К «неформальным» обязанностям мы отнесли мероприятия, которые не вошли в список должностных обязанностей, однако, которые сегодня востребованы пациентками родильного отделения. К таким обязанностям мы отнесли: общение с пациенткой и партнером по родам; массаж в родах, сопровождение в душ; помощь при выполнении ЛФК и принятии женщиной различных поз в первом периоде родов; организация общения новорожденного с родителями.

Структура рабочего времени при «суточной» работе

Общая схема структуры рабочего времени при работе сутками выгладит следующим образом: доля занятого времени составляет 45,0%, из которых доля «неформальных» обязанностей составляет 12,0%, на основные обязанности приходится 33,0%. Доля незанятого времени составляет 55,0% (Рис. 1).

Доля незанятого времени при работе сутками составляет в среднем 55,0% - около 12 ча-

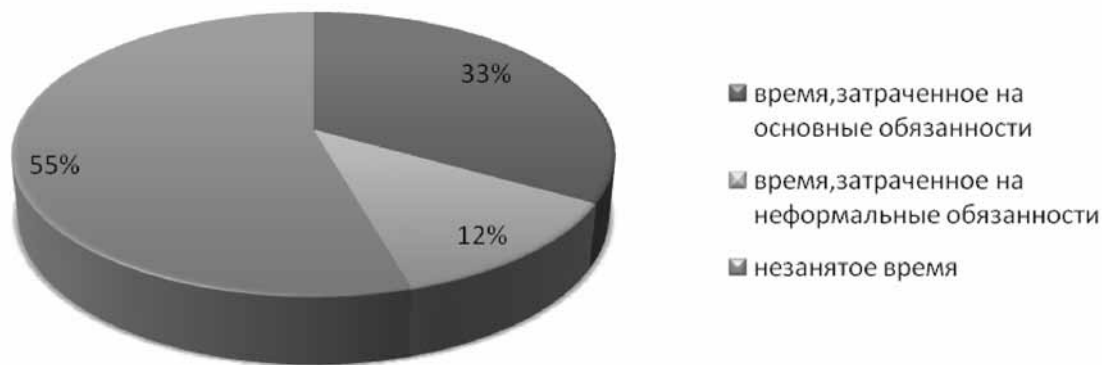


Рисунок 1. Общая схема структуры рабочего времени для суточных смен.

сов: от 1,5 часов за сутки до почти 17 часов. При этом занятое время за сутки могло составлять от нескольких до 22,5 часов. Такая значительная разница в показателях в большой степени объясняется характером работы в родильном отделении: это отделение экстренной помощи, где нет возможности прогнозировать и рационально распределять трудовую нагрузку и трудовые ресурсы, следовательно, и возможно возникновение таких ситуаций, как вынужденный простой, так и чрезвычайная нагрузка.

За смену акушерка обслуживает от 2 до 8 пациенток. В среднем на работу с пациентками акушерка затрачивает 9,5 часов в смену, что составляет 86,6% от общего занятого времени и 40,7 % от общего времени рабочей смены. На работу с одной женщиной акушерка затрачивает в среднем 2 часа 15 минут: от 10 минут до 12,5 часов. Такая большая разница во временных затратах связана с тем, что не всегда одна акушерка ведет роды женщины от начала до конца: ее работа с одной пациенткой может сводиться лишь к выполнению одной манипуляции за смену, а затем акушерка вернется

к работе с другими пациентками. Это связано с распределением трудовой нагрузки между акушерками дежурной бригады в течение смены, когда обязанности распределяются по мере необходимости их выполнения между свободными работниками.

Основные обязанности

В среднем акушерка затрачивает на основные обязанности 7,5 часов за смену: от 2,5 до 12 часов. Это составляет в среднем 69,2 % от общего занятого времени и 33,0% от общего времени рабочей смены (Рис. 2).

«Неформальные» обязанности

В среднем акушерка затрачивает на «неформальные» обязанности 3 часа 10 минут за смену (от 25 минут до 9 часов), что составляет 21,1% от занятого времени и 12,0% от общего рабочего времени за смену. Время, затраченное на «неформальные» обязанности, регистрировалось акушерками в 15 сменах из 18 наблюдаемых. На «неформальные» обязанности с каждой конкретной женщиной акушерка затрачивала от 5 минут до 7 часов за смену, в среднем – 55 минут.

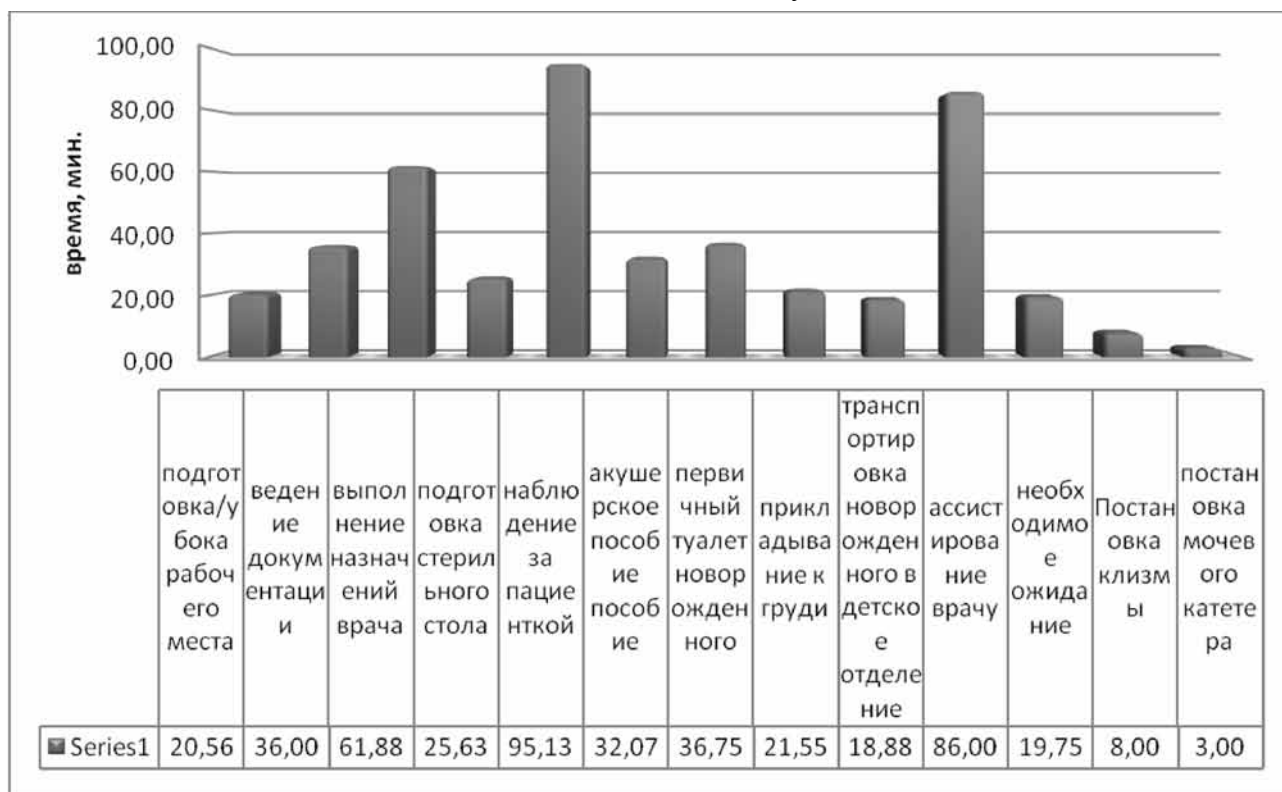


Рисунок 2. Схема относительного распределения времени на выполнение основных обязанностей, связанных с пациентами, при работе в родильном отделении.

Мы видим, что большую часть занятого времени акушерки затрачивают на выполнение основных обязанностей, однако «неформальные» обязанности также занимают достаточно значимую долю - более 20% в структуре занятого времени, и мы полагаем, что это требует формализации.

Структура рабочего времени при дневной работе в операционной

Общая схема структуры рабочего времени при работе в операционной выглядит следующим образом: доля занятого времени состав-

ляет 60,0%, из которых доля «неформальных» обязанностей составляет 3,0%, на основные обязанности приходится 57,0%. Доля незанятого времени составляет 40,0% (Рис. 3).

Одна акушерка за смену обслуживала от 2 до 4 пациенток, затрачивая на работу с каждой из них в среднем 1 час 20 минут: от 17 минут до 2 часов 35 минут. Время, затраченное на основные обязанности за смену, составило в среднем 75,4% от доли занятого времени и 57,0% от общего времени смены. В среднем оно составило 3 часа 45 минут: от 1 часа 28 минут до 6 часов 15 минут за смену (Рис. 4)

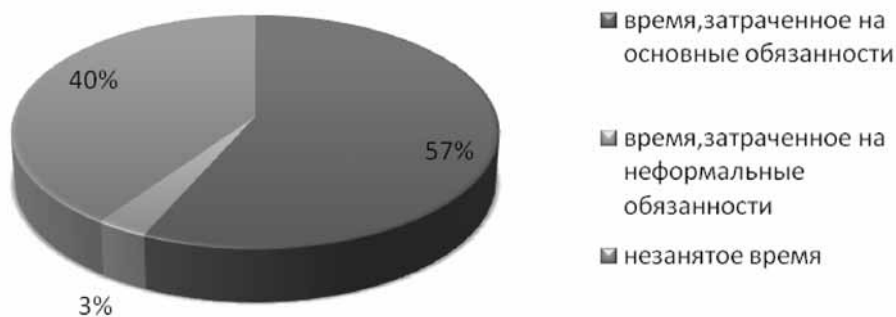


Рисунок 3. Общая схема структуры рабочего времени для дежурств в операционной.

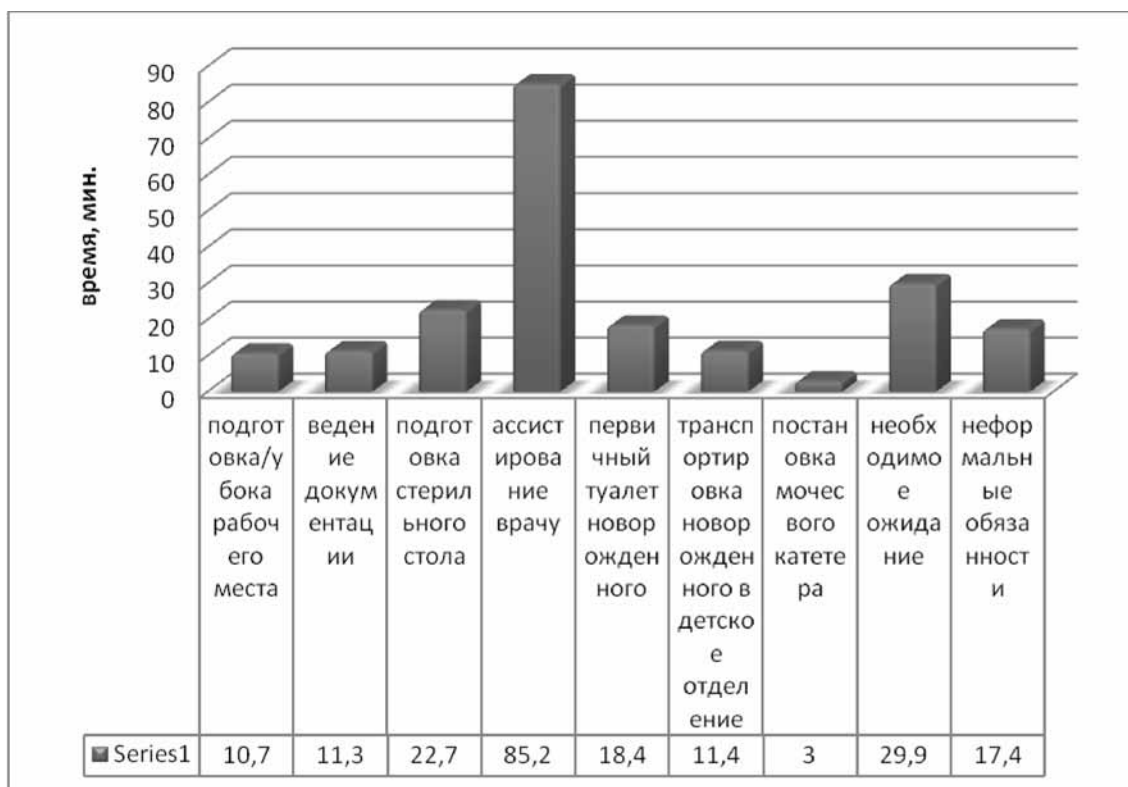


Рисунок 4. Схема относительного распределения времени при работе в операционной

«Неформальные» обязанности при работе в операционной были представлены общением с партнером по родам – оно регистрировалось акушерками в 5 сменах за наблюдаемый период, и в среднем занимало 17,4 минут: от 10 до 25 минут за смену, что составляет 6,0% от общего занятого времени за смену. При этом партнер может присутствовать только на платных родах, поэтому число таких бесед также было незначительно. Кроме того, акушерка показывает ребенка матери, если операция проводится в условиях регионарной анестезии, но это занимает 1-2 минуты, что несущественно в общей структуре загруженного времени.

Выводы и рекомендации

Приведенные результаты наблюдений свидетельствуют о том, что при работе в операционной акушерки в меньшей степени могут выполнять «неформальные» обязанности, перечень которых сводится лишь к общению с партнером по родам; время, затрачиваемое на такое общение, в общей схеме рабочего времени крайне незначительно. Таким образом, роль акушерки в операционной сводится лишь к функции ассистента врача и организатора работы операционной, практически полностью исключая такой аспект как психологическая поддержка пациентки.

Исследовав глобальную структуру рабочего времени, мы выявили большую долю незанято-

го времени, которая составляет 40,0% при работе в операционной и 55,0% во время суточных смен. Мы объясняем такие показатели характером организации работы на отделении - невозможность прогнозировать и рационально распределять трудовую нагрузку, а также тем, что в наблюдаемый период среднее количество родов в сутки не было максимальным.

Большую часть рабочей смены занимает выполнение основных обязанностей (описанных в должностных инструкциях). Вместе с тем, доля «неформальных» обязанностей в суточных сменах составляет 12% рабочего времени, что весьма существенно, и, на наш взгляд, требует формализации этих обязанностей. При этом, в операционных дежурствах, затраты акушерок на этот вид деятельности весьма незначительны, что является следствием высокой степени механизации работы в операционной – здесь акушерка выступает, в основном, в роли ассистента врача на операции; сестринский процесс в данной модели практически отсутствует.

Также были выявлены значительные временные затраты, вызванные необходимым ожиданием – вынужденный простой в работе в связи с отсутствием специалиста, участвующего в независимых и зависимых манипуляциях. Таких ситуаций можно было бы избежать с введением должности координатора, ответственного за согласование и целесообразную организацию работы всех участников операции

Роль среднего медицинского персонала в обеспечении качества медицинской помощи

Н.Г. Петрова, М.В. Полюкова, С.Г. Погосян, О.В. Попова

Общая интегральная оценка качества медицинской помощи, ее эффективность и результативность, достижение удовлетворенности пациента определяется множеством взаимосвязанных составляющих. И доступность, и безопасность, и оптимальность медицинских услуг недостижимы без участия среднего медицинского персонала различных уровней.

В частности, такой важнейший критерий качества, как безопасность (и пациента, и родственников, и медицинского персонала), во многом обеспечиваются грамотным менеджментом руководителей сестринского дела в следующих основных направлениях:

- Инфекционная безопасность (в т.ч. соблюдение санитарно-эпидемиологического режима, санитарных норм и правил, контроль за статусом поступающих и находящихся на лечении пациентов, родственников, персонала)
- Профилактика травматизма (персонала и пациентов), которая, в свою очередь, включает вопросы охраны труда, обеспечения противопожарной, радиационной, химической безопасности, создание эргономичных условий труда и пр.
- Контроль за правильным приемом лекарств пациентами, подробные разъяснения по поводу их приема
- Правильная подготовка (в т.ч. психологическая) пациента к исследованиям, операциям, инвазивным методам лечения, контроль за состоянием пациента в процессе их проведения
- Обеспечение лечебно-охранительного режима
- Правильное питание (в т.ч. зондовое кормление)
- Контроль за побочными действиями препаратов, своевременное выявление осложнений которые могут возникнуть в процессе лечения, в послеоперационном периоде и т.д.

- Предупреждение и правильное разрешение конфликтных ситуаций (и с пациентами, и с их родственниками).

При этом удовлетворенность пациента определяется следующими основными характеристиками:

- Соответствием его потребностей (ожиданий) и реальным состоянием (восприятием) оказанных услуг
- Степенью комфортности пребывания в ЛПУ
- Наличием возможности для максимальной самостоятельности пациента
- Соблюдением норм этики и деонтологии.

Кроме того, на современном этапе весьма актуализировалась роль среднего медицинского персонала в проведении первичной профилактики, которая в зависимости от типа лечебно-профилактического учреждения носит дифференцированный характер. Например, для учреждений акушерско-гинекологического профиля одной из основных профилактических задач является предупреждение абортов, работа по планированию семьи.

В связи с последним отметим, что, несмотря на выраженную тенденцию к снижению, уровень материнской смертности в России остается выше (на уровне 16 на 100 тыс. родившихся живыми), по сравнению со странами западной Европы, США, Японией, Австралией, Канадой (где он – ниже 10). Обращает на себя внимание и то обстоятельство, что в структуре причин материнской смертности в России первое место (14,5%) занимает такая причина, как аборт вне лечебного учреждений (рис. 1).

По данным Всемирной Организации Здравоохранения рациональные меры по планированию семьи могут способствовать снижению уровня материнской смертности на 20%-25%, младенческой и детской смертности – на 10%, незапланированной беременности – на 71%. К числу таких мер относятся:

- Предотвращение нежелательной беременности.
- Откладывание первой беременности/родов.
- Увеличение межродового интервала.

Решение задачи обеспечения высокого качества лечебно-диагностической и профилактической помощи во многом зависит от рационального менеджмента. Как известно, управление – это человеческая функция, которая заключается в планомерном, сознательном воздействии на систему в целом или отдельные компоненты процесса, происходящего в ней. Важнейший ресурс управления – это люди (кадры, персонал), так как именно они приводят в действие все остальные ресурсы. Искусство управления заключается в умении организовывать определенную деятельность, оптимально используя человеческий фактор. Важной задачей управленца является правильное планирование рабочего времени персонала, создание оптимальных условий для его работы, форми-

рование мотивационных стимулов к высокоэффективному труду.

В этой связи необходимо подчеркнуть, что до настоящего времени весьма незначительно число исследований, касающихся организации работы среднего медицинского персонала, в т.ч. характеристики его трудозатрат. А ведь их анализ должен являться основой принятия управленческих решений в области совершенствования организации труда. Учитывая указанное, мы провели хронометраж трудозатрат акушерок физиологического отделения. Как видно из рис.2, основная работа составляет чуть более половины (55%) рабочего времени. Еще четверть (23%) приходится на вспомогательную деятельность, что, на наш взгляд, не совсем правильно и может быть связано с выполнением непрофильных для акушерок работ (по данным ВОЗ в среднем на вспомогательную деятельность приходится не более 10% рабочего времени). 15% времени связано с заполнением различной документации (это почти втрое ниже показателей, приводимых ВОЗ, и может быть связано с тем, что в нашей стране практически отсутствует самостоятельная сестринская документация). Незначительна доля других трудозатрат и незанятого времени. То есть, можно сделать выводы о том, что рабочий день акушерки достаточно загружен, и что структу-

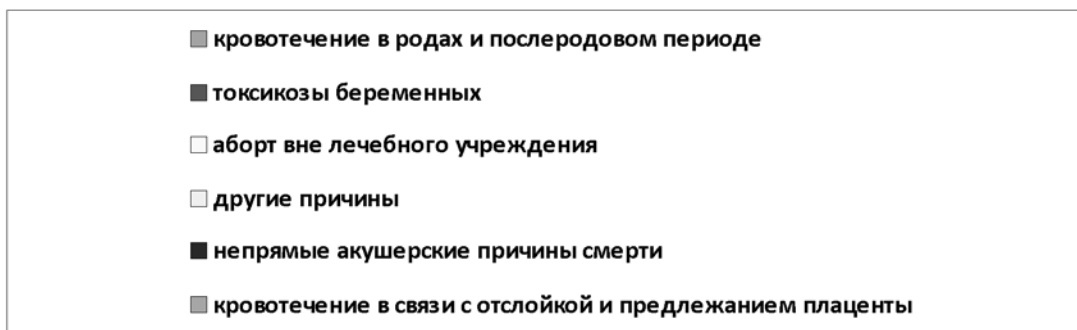
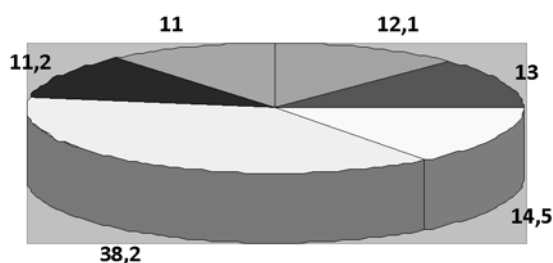


Рис.1 Структура причин материнской смертности в Российской Федерации, %.

ра трудозатрат может быть оптимизирована.

Несмотря на постепенный переход отечественной системы здравоохранения (в частности оказания сестринской помощи) к современным западным моделям, до настоящего времени реально мало где сестринские вмешательства дифференцируются на зависимые, взаимозависимые, независимые, поэтому на примере работы акушерки в рамках основной деятельности мы разделили эти виды вмешательств. Как видно из табл.1, на долю условно независимых вмешательств приходится лишь 10,4% рабочего времени, что, на наш взгляд, не вполне соответствует общемировой практике. Из таблицы видно также, что при регламентированной длительности смены 24 часа реально в среднем она значительно выше. Переработ-

ка составила в среднем 33,3% при колебаниях в отдельные дни от 19,4% до 53,6%.

Как отмечалось выше, оптимизация труда подразумевает и создание благоприятных условий. Проведенное нами исследование показало (рис.3), что средний медицинский персонал осведомлен о наличии на рабочем месте неблагоприятных факторов, влияющих на их здоровье. Половина выделила факторы химического характера (дезинфицирующие средства и лекарственные вещества), почти каждый шестой – психоэмоциональные факторы, более 10% - факторы биологического характера и небольшое число респондентов – физические факторы. При этом большая часть опрошенных признавала негативное влияние этих факторов (рис.4).

Таблица 1

Структура времени работы среднего медицинского персонала акушерского отделения, %

Критерии	Виды работ	Среднее время (мин. / час.)	Структура, %
I	Зависимые сестринские вмешательства	435,8 (7,26)	22,7
II	Взаимозависимые сестринские вмешательства	422,4 (7,04)	22,0
III	Условно независимые	200,4 (3,34)	10,4
IV	Вспомогательная деятельность	438,4 (7,30)	22,8
V	Время на работу с документацией	276,4 (4,60)	14,4
VI	Служебные разговоры	60 (1,0)	3,1
VII	Личное время	57 (0,95)	3,1
VIII	Незагруженное время	28,6(0,47)	1,5
	Итого	1919 (32)	100,0

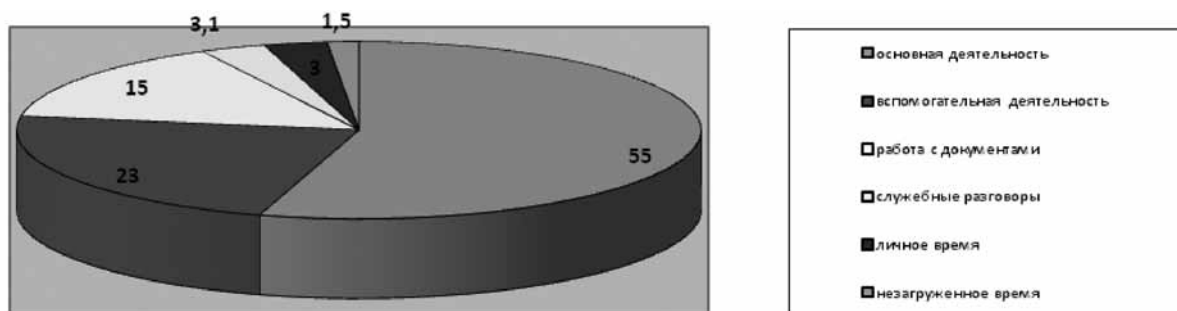


Рис.2 Структура трудозатрат акушерки физиологического отделения, %.

Особо хотелось бы остановиться на роли т.н. биологического (инфекционного) фактора. Проведенный опрос показал, что у большинства (64,0%) опрошенных в «анамнезе» имели место уколы иглой, хотя официально зафиксировали это обстоятельство в установленном порядке лишь 29,0% из них.

Несмотря на перегрузку и признания факта негативного влияния ряда факторов на здоровье, ввиду низкого уровня оплаты труда большинство медицинских сестер вынуждено работать дополнительно. Так, указали, что работают на ставку 34,1% опрошенных. 42,3% берут дополнительные смены, а 23,6% подчеркнули, что работают в праздничные дни с целью получения более высокой зарплаты.

Таким образом, для обеспечения высокого качества сестринской помощи (как составной части медицинской помощи вообще) необходимо принятие ряда мер, инициаторами и координаторами проведения которых должны быть руководители сестринского дела. К их числу мож-

но отнести следующие:

- Организацию системной работы по повышение квалификации медицинского персонала (в т.ч. в вопросах качества медицинской помощи).
- Создание условий для поддержания и улучшение уровня физического и психического здоровья сотрудников, более четкое нормирование и регламентация рабочего времени.
- Формирование мотивации (материальной и моральной) с учетом индивидуальных особенностей каждого сотрудника, а также по результатам его труда.
- Целенаправленная работа по созданию корпоративной культуры.

Кроме того, необходим постепенный переход к реальному сестринскому процессу, повышение самостоятельности сестринского персонала, активизация творческой активности, повышение роли руководителей сестринской службы, гибкость в осуществлении контроля.

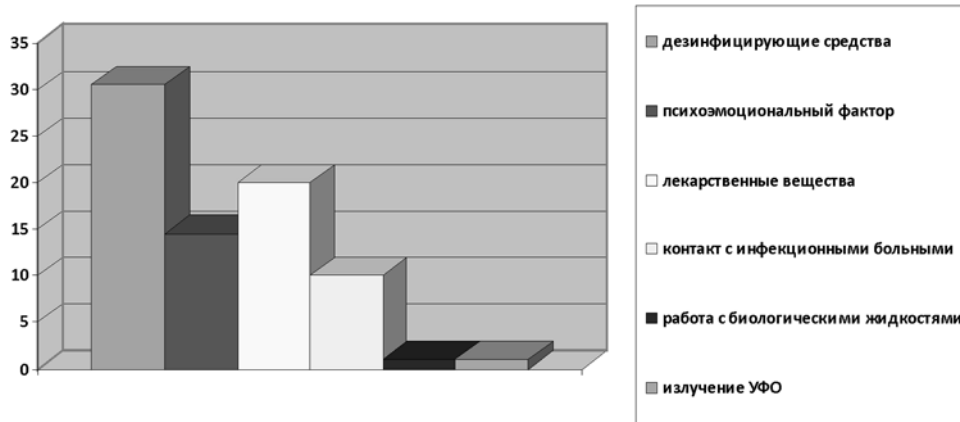


Рис. 3 Доля респондентов, выделивших различные неблагоприятные производственные факторы, %

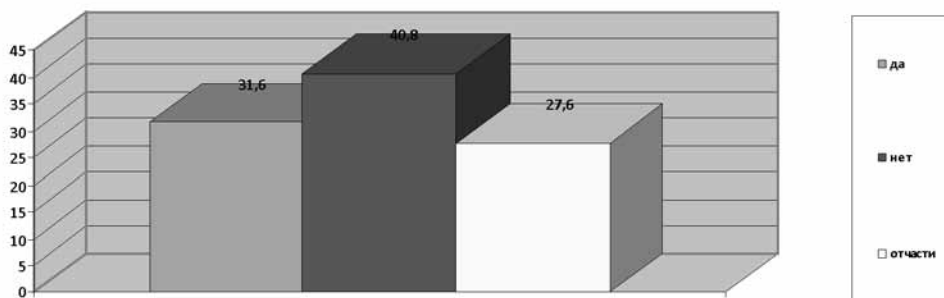


Рис.4 Распределение респондентов по ответам на вопрос о влиянии неблагоприятных производственных факторов на состояние их здоровья, %

Роль медицинской сестры в профилактике гепатитов с парентеральным механизмом заражения у пациентов, получающих лечение хроническим гемодиализом

М.С. Кочмазова, А.И. Петрова
Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова

Кочмазова М.С., Петрова А.И. (2013). Специалист здравоохранения, 2, с. 25-28.

Роль медицинской сестры в профилактике гепатитов с парентеральным механизмом заражения у пациентов, получающих лечение хроническим гемодиализом

Цель: изучение возможности оптимизации профилактической работы медицинской сестры в отношении парентеральных гепатитов.

Методы: изучение литературных данных, сбор и изучение актуальных данных, анкетирование, статистическая обработка данных, сравнительный анализ.

Результаты:

- риск заражения гепатитами с парентеральной передачей для больных, получающих лечение ХГД, является более высоким, чем для обычных людей
- С учетом квалификации и качества выполнения работы средним медперсоналом отделения нельзя исключить вероятность внутрибольничного распространения парентеральных гепатитов
- Система профилактики парентеральных гепатитов, которая применяется на отделении ХГД, не является совершенной
- Роль среднего медперсонала в профилактике парентеральных инфекций является ключевой, в связи с чем необходимо добиваться устранения выявленных недочетов.

Одной из актуальных проблем современного здравоохранения являются гепатиты, распространяющиеся парентеральным путем. Данная группа заболеваний, включающая в первую очередь гепатиты, вызываемые вирусами гепатитов В (HBV) и С (HCV), отличается высокой контагиозностью (например, для заражения вирусным гепатитом В в некоторых случаях достаточно $0,1 \times 10^{-7}$ мл крови, содержащей HBsAg, то есть, капли крови, содержащий буквально 1 эритроцит), при этом на сегодня основным путем заражения является передача вирусов через медицинские инструменты, как в быту, так и в учреждениях здравоохранения. В учреждениях здравоохранения гепатиты с парентеральным путем передачи распространяются не только среди пациентов, но и среди медицинско-

го персонала, который является группой профессионального риска инфицирования. Основным фактором распространения парентеральных гепатитов в учреждениях здравоохранения являются нарушения требований инфекционной безопасности, такие как использование загрязненного кровью инвентаря, медицинского оборудования и нарушение правил использования средств индивидуальной защиты персонала [1,2,4].

Особую актуальность проблема парентеральных гепатитов приобретает у пациентов, получающих лечение хроническим гемодиализом. Достаточно отметить, что если, в среднем, в популяции заболеваемость хроническим гепатитом составляет 30-60 человек на 100000 населения в год (то есть, 0,03–0,06%), а общий

уровень инфицированности составляет около 5%, то среди указанного контингента больных частота вновь выявленных гепатитов составляет примерно 2%, а показатели вирусоносительства порой превышают 30%. [4,5,6,7,8]. Также следует учитывать, что у больных диализных центров развиваются явления вторичного иммунодефицита, что повышает их восприимчивость к любым инфекциям, включая и вирусные гепатиты [3,9,10].

Работа с оборудованием, медицинским инструментарием (обработка оборудования и утилизация использованных расходных материалов) и непосредственная работа с пациентами (выполнение пункций артериовенозных фистул (AV-Ф), подключение пациентов к аппаратуре, введение лекарственных препаратов, взятие биоматериалов для лабораторных исследований) в основном возлагается на плечи среднего медицинского персонала. Таким образом, очевидно, что средний медперсонал является наиболее важным звеном в профилактике распространения любых парентеральных инфекций, включая и гепатиты.

Данная работа выполнена на отделении гемодиализа № 1 Ленинградской областной клинической больницы (ЛОКБ).

Целью данной работы являлась изучение возможности оптимизации профилактической работы медицинской сестры в отношении парентеральных гепатитов.

Для достижения указанной цели решались следующие задачи:

1. Изучить контингент больных, получающих лечение гемодиализом, на предмет зараженности вирусными гепатитами, сроков выявления инфекции. Установить, имеется ли повышение потенциального риска заражения гепатитом у таких пациентов

2. Изучить работу отделения гемодиализа, выявить «слабые звенья» в работе медицинской сестры такого отделения, содействующие распространению парентеральных инфекций

3. Проанализировать имеющийся на отделении опыт профилактики парентеральных гепатитов

4. Оценить работу среднего медперсонала

с точки зрения инфекционной безопасности, установить роль медицинской сестры в профилактике распространения парентеральных гепатитов на отделениях гемодиализа

5. Определить возможные меры дальнейшей профилактики гепатитов с парентеральным заражением.

Объект исследования: пациенты и средний медперсонал ОГД № 1 ЛОКБ.

Методы исследования: изучение литературных данных, сбор и изучение актуальных данных, анкетирование, статистическая обработка данных, сравнительный анализ.

Результаты

При детальном рассмотрении работы медицинской сестры были выявлены следующие принципиально возможные критические точки:

1. Расположение в одном зале диализных аппаратов, как для неинфицированных, так и для инфицированных больных (напомним, что это разные аппараты) и отсутствие медперсонала, предназначенного только для работы с инфицированными больными (как, например, это принято в перевязочных комнатах).

2. Отсутствие отдельно назначенного и, соответственно, более профессионального персонала для проведения обработки многоразового инструментария.

3. Возникновение нестандартных ситуаций, требующих немедленного оказания медицинской помощи, когда сестра в силу исключительной экстренности мероприятий (например, возникновение кровотечения при выпадении катетера из фистулы) не успевает учесть еще и необходимость смены защитной одежды (в первую очередь, перчаток).

4. Возможно, уделение недостаточного внимания общей санобработке помещения и мебели (загрязнение инфицированной кровью диализных кресел или индивидуальных столиков больных).

5. Выполнение перевязок «на месте», а не в специально оборудованном перевязочном кабинете.

Таким образом, принципиальную возможность передачи вирусных гепатитов в результате действий медицинской сестры (включая не-

соответствие этих действий рабочим инструкциям) следует считать установленной.

Выводы:

Несмотря на то, что лечение с применением хронического гемодиализа остается фактором высокого риска заражения пациентов гепатитами с парентеральным механизмом передачи, в последние годы на отделении ГД ЛОКБ наблюдается тенденция к снижению частоты инфицирования пациентов таким гепатитами, что обусловлено в первую очередь следующими мероприятиями:

- тотальным применением одноразовых расходных материалов (диализаторы, фильтры и кровепроводящие магистрали, одноразовые укладки)
- отказ от гемотрансфузий
- регулярным проведением контроля на наличие у пациентов и персонала маркеров гепатитов
- выделением отдельных аппаратов «искусственная почка» для проведения процедуры гемодиализа больным с выявленными инфекциями вирусами парентеральных гепатитов
- строгое соблюдение мер санитарно-эпидемиологического режима в отношении всех пациентов
- качественное проведение мероприятий по текущей и заключительной дезинфекции в соответствии с установленным графиком.

Тем не менее, несмотря на все проведенные мероприятия, время от времени у пациентов отделения выявляются гепатиты. Несмотря на то, что невозможно полностью исключить заражение пациентов на этапе додиализной подготовки (постановка центрального диализного катетера, формирование AV-фистулы, проведение операций, таких как удаление почек, протезирование суставов, проведение гемотрансфузий тяжелым больным) и заражение гепатитом вне лечебно-профилактических учреждений (половой путь, косметические вмешательства и др.), также нельзя исключить и возможность заражения пациентов на отделении: как видно из проведенного исследования, продол-

Справка

Что такое «ссылка» в тексте

Высказывание в тексте должно быть связано с библиографическими данными документа, который поддерживает или разделяет это высказывание. Для этого либо цитируется или проводится ссылка на работу, с которой автор консультировался.

Ссылка – это способ поверить изучаемому вопросу. Она позволяет автору выполнить определенные обязательства, которые возлагаются на него процессом передачи научных знаний. Кроме проявления профессиональной вежливости и признания используемых источников, ссылка позволяет проверить и доказать данные и, тем самым, избежать обвинения в плагиате. Ссылка – это также проявления уважения права на интеллектуальную собственность.

Цитата

Цитата, оформляемая скобками, включает фамилию автора и год публикации документа. При прямом цитировании или ссылке на конкретные данные в документе должна быть указана также страница (после года публикации).

(Источник: журнал «British Journal of Nursing»)

жают сохраняться критические моменты работы, связанные с так называемым «человеческим фактором».

Таким образом, в результате исследования установлено, что

1. Действительно, риск заражения гепатитами с парентеральной передачей для больных, получающих лечение ХГД, является более высоким, чем для обычных людей

2. С учетом квалификации и качества выполнения работы средним медперсоналом отделения, нельзя исключить то, что внутрибольничное распространение парентеральных гепатитов возможно.

3. Система профилактики парентеральных гепатитов, которая применяется на отделении ХГД, не является совершенной.

4. Роль среднего медперсонала в профилактике парентеральных инфекций является ключевой, в связи с чем необходимо добивать-

ся устранения выявленных недочетов путем:

- повышения квалификации среднего медицинского персонала,
- расширения штата с уменьшением нагрузки на одну медицинскую сестру
- повышения уровня специализации медицинских сестер,
- разработки новых методов контроля качества работы медицинской сестры
- повышения качества диагностики гепатитов, в том числе путем уменьшения временных промежутков между выполнением диагностических тестов и применения более чувствительных и современных диагностических систем.

Данные мероприятия в настоящее время постепенно внедряются на отделении гемодиализа ЛОКБ, при этом отмечаются тенденции к улучшению общей эпидемиологической ситуации на отделении, однако в настоящее время невозможно провести полную объективную оценку их эффективности из-за относительно небольшой продолжительности их использования.

Литература

1. Ермоленко В.М. Осложнения хронического гемодиализа. Нефрология: Руководство для врачей / под ред. И.Е. Тареевой. – М.: Медицина, 2000. – 2-е изд., перераб. и доп. – с. 596-657
2. Рахманова А.Г., Пригожина В.К. Неверов В.А. Инфекционные болезни. Руководство для врачей общей практики, М – СПб, 1995.
3. Савин Е.А. Вирусные гепатиты. Частные аспекты проблемы. СПб. 1996
4. Савин Е.А., Хилл Д., Бузиди А., Костерева Е.М., Васильев А.Н. Перспективы излечения гепатитов «В» и «С» у пациентов гемодиализа, 2003.
5. Селькова Е.П. Гепатит в центрах гемодиализа, Медицина для всех, № 2 (13), 1999
6. Шахгильдян И. В., Михайлов М. И., Онищенко Г. Г.

28 июля - Всемирный день борьбы с гепатитом

В 2008 году Международный альянс по борьбе с гепатитом впервые провел серию акций, которые должны были привлечь внимание к проблеме вирусных гепатитов. В 2011 году инициативу Альянса поддержала Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) и Всемирный день борьбы с гепатитом (World Hepatitis Day) получил официальный статус.

С тех пор ежегодно 28 июля в мире проходят мероприятия Всемирного дня борьбы с гепатитами. В этот день ВОЗ рекомендует медикам проводить просветительские акции, рассказывать людям о вирусном гепатите и заболеваниях, к которым он приводит. Также в этот день проводится ряд профилактических мероприятий: акции по массовой диагностике и вакцинации против гепатита

Парентеральные вирусные гепатиты (эпидемиология, диагностика, профилактика). М, ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2003.

7. Должностные инструкции среднего медицинского персонала вспомогательных лечебно-диагностических служб (под ред. Мыльниковой И.С.), М, 2001.
8. Материалы VI Всероссийской научно-практической конференции «Вирусные гепатиты — проблемы эпидемиологии, диагностики, лечения и профилактики», Москва, 2005.
9. Приказ МЗ СССР № 408 «О мерах по снижению заболеваемости вирусными гепатитами в стране» от 12.07.89
10. Санитарно-эпидемиологические правила СП 3.1.958-00 «Профилактика вирусных гепатитов, общие требования к эпидемиологическому надзору за вирусными гепатитами»

Достижения современной медицины во всех областях здравоохранения отразились на продолжительности жизни и существенно улучшили шансы преодолеть заболевания и пережить травмы, которые еще не так давно считались несовместимыми с жизнью. В результате увеличилось число хронических заболеваний и продолжительность периода реабилитации. Когда продолжительность жизни пожилого человека определялась появлением первого серьезного заболевания, проблем в области гериатрии не было. Однако эта тенденция обратилась вспять. Эти факторы привели к ряду серьезных проблем, одной из которых стали ...

Пролежни

Справка:

Медицинская помощь пациентам с риском развития пролежней регламентируется приказом № 123 от 17 апреля 2002г., утвердившим:

Отраслевой стандарт «Протокол ведения больных. Пролежни» (ОСТ 91500.11.0001-2002) (Приложение № 1 к настоящему Приказу).

Учетную форму № 003-2/у «Карта сестринского наблюдения за больными с пролежнями» (Приложение N 2 к настоящему Приказу).

Пролежни – осложнение, чаще всего встречающееся у больных с хроническими заболеваниями, истощенных пациентов и у пациентов с травмой позвоночника. Подсчитано, что в среднем стоимость пролежней достигает 15000 долларов, хотя, как правило, расходы увеличиваются в три-четыре раза. Однако эти цифры ничего не говорят о страданиях пациентов.

Основная роль в профилактике и управлении патологическим процессом принадлежит медсестре. Большинство превентивных мер должны быть выполнены как независимые сестринские действия и эти же меры следует предпринять в фазе лечения при необходимости.

ПАТОГЕНЕЗ

Пролежни – область клеточного некроза. К развитию пролежней могут предрасполагать многие факторы. В целом любого пациента, чье состояние ухудшилось, следует отнести к группе высокого риска. Подсчитано, что у 70% гериатрических пациентов пролежни появляются в течение двух недель после госпитализации. Результаты исследований также показа-

ли, что пролежни, которые появляются после поступления в больницу, чаще протекают более тяжело и они более продолжительные, по сравнению с пролежнями, которые есть на момент поступления в больницу.

Существуют определенные группы пациентов, которые попадают в группу высокого риска. Нам всем знакомы ощущения, которые вызывает продолжительное положение в одной позе. В результате нарушения кровообращения в определенной области и по мере развития ишемии появляются предупреждающие сигналы - боль, покалывание или онемение. Реагируя на эти послания, мы, осознанно или неосознанно, меняем положение, дабы избежать необратимых последствий. Патологические изменения могут вмешаться в этот нормальный защитный механизм, например, у людей с нарушенной сенсорикой. Они с трудом или вообще не могут воспринимать физиологические признаки, упомянутые выше, поэтому не догадываются о том, что требуется смена положения. Нарушенная чувствительность отмечается у пациентов с травмой позвоночника или у пациентов, страдающих разными неврологически-

ми заболеваниями (после инсульта, например). Другой группой риска являются пациенты, которые в состоянии распознать сенсорные сигналы, однако на фоне паралича или слабости не могут изменить положение самостоятельно. У пациентов с нарушенной чувствительностью и двигательной активностью, что может быть вызвано медикаментами, анестезией и отсутствием сознания, отмечается усугубляющая проблема: кроме физиологических состояний, перечисленных выше, на способность реагировать соответствующим образом на физиологические сигналы-предупреждения могут влиять психологические нарушения, обнаруживаемые при глубокой депрессии.

ПРИЧИННЫЕ ФАКТОРЫ

Давление

Основной причиной пролежней является давление. Несмотря на то, что развитие пролежней может быть связано с другими внутренними и внешними факторами, настоящая причина только одна – давление. Никакой другой причинный фактор сам по себе не приведет к развитию пролежней, однако давление способно это сделать без помощи остальных факторов. Давление приводит к сужению или облитерации кровеносных сосудов, вызывая, таким образом, ухудшение или прекращение кровообращения в определенной части тела.

Проблема появляется, когда оказываемое давление больше давления в сосудистом древе, питающем мягкие ткани. Такое давление возникает, например, когда ткани сжимаются между внешней поверхностью и костью. Кровяное давление в сосудах снижается по мере удаления от сердца: давление в артериолах конечности – 32 мм рт.ст., в капиллярах - 20 мм рт.ст., в венах конечности - 12 мм рт.ст. Linden et al. (1965) в результате замеров давления у людей, которые находились в разных положениях, обнаружили, что давление на область под сидельными буграми в положении сидя составило 700 мм рт.ст. При других положениях многие части тела, особенно там, где есть костные выступы, подвергались давлению значитель-

но большему, по сравнению с давлением крови в сосудах.

Однако, кроме давления следует учитывать и другие факторы, например, продолжительность давления. Сильное давление, но кратковременное, переносится легче, чем слабое, но продолжительное.

Ткани над костными выступами наиболее предрасположены к развитию пролежней, хотя некроз на самом деле охватывает мягкие ткани (в частности, в области икр, ягодиц и верхних конечностей). Костные выступы - это твердые, относительно неподвижные точки с концентрированным давлением на ткани между кожей и костью. Знание основных точек помогает медсестре планировать положение пациента в постели или кресле. Медсестра должна помнить, что на обычные точки давления могут влиять контрактуры и другие деформации скелета.

Можно было бы предположить, что тучный человек наиболее предрасположен к пролежням из-за избыточного веса. На самом деле, худощавый – тоже, если не больше, из-за отсутствия достаточного слоя подкожной ткани, которая обычно играет роль «подушки» для костных выступов. Linden et al. (1965) в своих исследованиях показали, что у женщины весом 44 кг давление на ткани больше, чем у мужчины весом 138 кг.

Посторонний предмет

Другим фактором, которые приводит к локализованному давлению, являются посторонние предметы в кровати или кресле у пациента. Такие предметы, как зубные протезы, футляр для помады, коробки из-под бутылок, пуговицы, зажигалки, карандаши и другие являются причиной направленного воздействия на кожу и при продолжительном воздействии могут вызвать ее повреждение.

Сила трения

Сила трения, которая возникает при смещении тканей, ведет к ангиляции и растяжению и сужению кровеносных сосудов в подкожных тканях, вызывая нарушение кровоснабжения определенной области. Наиболее часто сила трения проявляется в области крестца. Когда головной конец кровати приподнят на 30 гра-

дусов или выше, пациент норовит «съехать». Кожа остается в относительно неподвижном положении; глубокая фасция надежно крепится к костной структуре. Однако более глубокие части поверхностной фасции в области крестца более свободны и подвижны и легко скользят по глубокой фасции. Это приводит к перекручиванию сосудов, которые проходят между слоями поверхностной и глубокой фасций, и может привести к глубокому некрозу тканей.

СОДЕЙСТВУЮЩИЕ ФАКТОРЫ

Несмотря на то, что ниже описанные факторы, на самом деле, не вызывают образования пролежней, они определенно содействуют этому процессу, увеличивая риск развития пролежней и пролонгируя их продолжительность.

Перегрев

Локализованному перегреву сопутствует усиленный метаболизм и повышенная потребность в питательных веществах и удалении продуктов отхода. В области с нарушенным кровообращением эта потребность не может быть удовлетворена, поэтому клеточный некроз будет усиливаться. Источник тепла может быть внешним или внутренним (например, внутренний при воспалении).

Мацерация

Мацерация, которая является следствием постоянного присутствия влаги, снижает сопротивление кожи другим причинным и содействующим факторам. При трении удаляется защитный слой эпителия; чаще всего это проявляется на пятках и локтях. Перемещение пациента в постели без специальных приспособлений вызывает трение в области спины и ягодиц; усугубить потенциальную проблему может все, что соприкасается с кожей (одежда, подтяжки, тяговое оборудование).

Все, что нарушает целостность кожи, открывает ворота для бактериальной инвазии. Это ведет к причинно-следственной цепочке событий. На фоне воспалительной реакции увеличивается теплопродукция и скорость метаболизма, возрастает потребность в дополнительных питательных веществах и устранении про-

дуктов отхода, появляется припухлость и отечность, которые сопровождают эти процессы и мешают обменным процессам между капиллярами и клеткой.

Не последнюю роль в развитии пролежней играет бактериальная популяция кожи. Существует нормальная бактериальная флора, которая естественным образом растет и репродуцируется. Гигиенические мероприятия разрабатываются для того, чтобы периодически удалять микроорганизмы и их выделения. Если восприимчивый человек не соблюдает правила личной гигиены, у него возрастают шансы пережить осложнения во время заболевания или после травмы.

Факторы, которые ограничивают поставку питательных веществ клетке, подталкивают ее к гибели. Артериосклероз может влиять на развитие пролежней, так как на его фоне в целом ухудшается кровообращение. В результате аккумуляции бляшек, выстилающих внутреннюю стенку сосудов, просвет сужается и изменяется внутрисосудистое давление. Тромбоз вызывает закупорку сосудов, а низкое кровяное давление может вызвать нарушение капиллярной циркуляции. Отек также усугубляет состояние клетки, затрудняя обмен питательными веществами и продуктами отхода. При анемии кровь переносит меньше кислорода и поэтому не обеспечивает необходимое его количество клеткам тканей.

Общий питательный статус пациента является основным компонентом процесса образования пролежней и их заживления. Общее недоедание означает потерю подкожных тканей и мышц. Самым важным фактором являются белки – жизненно-важный элемент для нормального роста ткани и заживления. Заболевание и травмы приводят к нарушению целостности кожи и потере белков. Любые состояния, при которых объем потерянных белков превышает объем их поставки, приводят к негативному азотистому балансу, отекам и сниженной эластичности, упругости и жизнеспособности кожи. У пациентов с обширными пролежнями потеря белков с экссудатом может достигать 50г/день (Schell and Wolcott, 1966). Эта цифра

представляет серьезную проблему, (ежедневная потребность взрослого в белках – 55-65г), особенно когда негативный азотистый компонент сопровождается анорексией.

Неадекватный прием витамина С увеличивает капиллярную ломкость. Так как капиллярная сеть становится более чувствительной к травме и последующему нарушению кровообращения в клетках, это – еще один содействующий фактор в развитии пролежней.

ТИПЫ ПРОЛЕЖНЕЙ

В целом существует два вида пролежней: поверхностные и глубокие. Поверхностные про-

лежни охватывают поверхность кожи и могут прогрессировать до формирования небольших кратеров. Их распознают с момента появления, и обычно они заживают быстрее, по сравнению с глубокими пролежнями. Глубокие пролежни охватывают подкожные и мышечные ткани; они могут быть результатом трения или других причин, вызывающих нарушение кровообращения в определенной области. Такие поражения зачастую не видны, пока на поверхности кожи не появится рана. Лечение крайне затруднено из-за обширной площади поражения. Соотношение поверхностных пролежней к глубоким – в среднем 3:1 (Blinks,1968).

(Окончание – в следующем номере)

РАЗМИНКА ДЛЯ ИНТЕЛЛЕКТА

Случай: У пациентки - хроническая почечная недостаточность. Она не реагирует на лечение. Для выведения остаточных продуктов может быть проведен диализ.

1. Главным показанием для диализа является:

1. повышение АД
2. высокий и нарастающий уровень калия
3. асцит
4. ацидоз

2. Аппарат «искусственная почка», прежде всего, работает по принципу:

1. фильтрации
2. осмоса
3. диффузии
4. диализа

3. Больная, проходящая гемодиализ по причине хронической почечной недостаточности, особенно предрасположена к:

1. перитониту
2. образованию камней в почках
3. инфицированию мочевого пузыря
4. сывороточному гепатиту

4. При уходе за пациенткой с артерио-венозным шунтом медсестра должна:

1. сообщить врачу, если в канюле слышится шум
2. применять строгую технику асептики при уходе за шунтом
3. накрывать канюлю
4. измерять АД каждые 4 часа со стороны шунта

5. Медсестра, работающая на отделении гемодиализа, может заболеть:

1. гепатитом А
2. инфекционным гепатитом
3. гепатитом В
4. гемолитическим гепатитом

Разбор клинического случая: ГИПОГЛИКЕМИЯ

Пациент Б., 66 лет, перенес инфаркт миокарда, два дня находился в кардиологическом отделении, затем был переведен на терапевтическое отделение. Обустроившись на новом месте, он вызвал медсестру и пожаловался на нервозность, головную боль и появление холодного пота; при этом медсестра отметила у пациента бледность. На боли в грудной клетке жалоб не было. Телеметрический монитор показывал нормальный синусовый ритм, пульс – 72 удара/мин, давление – 118/76 мм рт.ст. и дыхание – 26 дыханий в минуту.

Анамнез и оценка

Из анамнеза медсестра знает, что у пациента диабет II и гипертензия. Он принимает аспирин, глюбурид (glyburide), пропранолол. При поступлении на отделение уровень сахара был высокий – 160 мг%, однако стабилизировался за последние 24 часа (82-110 мг%). Пациент говорит, что где-то «забыл» свой обед, пока добирался до палаты и, таким образом, остался голодным. Учитывая все эти факты, медсестра подозревает гипогликемию и берет кровь из пальца на анализ.

Помощь

Анализ крови показал уровень сахара в крови 46мг%/л. Так как это ниже 60, медсестра решает проверить уровень сахара в венозной крови. Она продолжает наблюдать за жизненными показателями пациента, остается с ним в ожидании результатов анализа и просит помощника быстро принести подслащенный апельсиновый сок. К моменту, когда вернулся помощник, пациент начинает терять сознание, и появилась угроза аспирации. Медсестра решает вызвать реанимационную бригаду.

На месте действия

Через несколько минут прибывает бригада, в которую входят медсестра, помощник врача

ЧТО ПОЛОЖЕНО БОЛЬНЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Лицу, признанному инвалидом и не отказавшемуся от получения набора социальных услуг, предоставляется дополнительная бесплатная медицинская помощь, в том числе предусматривающая обеспечение в соответствии со стандартами медицинской помощи по рецептам врача (фельдшера) необходимыми лекарственными средствами, изделиями медицинского назначения, а также специализированными продуктами лечебного питания для детей-инвалидов (ст. 6.2 Федерального закона от 17.07.1999 № 178-ФЗ «О государственной социальной помощи»)

Перечень изделий медицинского назначения и специализированных продуктов лечебного питания для детей-инвалидов, отпускаемых по рецептам врача (фельдшера) при оказании дополнительной бесплатной медицинской помощи отдельным категориям граждан, имеющим право на получение государственной социальной помощи включает в себя иглы инсулиновые, тест-полоски для определения содержания глюкозы в крови и шприц-ручки (приказ Минздравсоцразвития России от 09.01.2007 № 1, ред. от 04.03.2008).

Больным с инсулинзависимым сахарным диабетом: среднее количество тест-полосок для определения глюкозы крови - 730 штук в год, инъекционных игл к шприц-ручкам - 110 штук в год, а также шприц-ручки для введения инсулина (предоставляется однократно при отсутствии шприц-ручек для введения инсулина и для замены 1 раз в 2 года) (Приказ Минздравсоцразвития России от 11.09.2007 № 582 «Об утверждении стандарта медицинской помощи больным с инсулинзависимым сахарным диабетом»)

Больным с инсулинонезависимым сахарным диабетом: среднее количество тест-полосок для определения глюкозы крови - 180 штук в год, инъекционных игл к шприц-ручкам - 110 штук в год, а также шприц-ручки для введения инсулина (предоставляется однократно при отсутствии шприц-ручек для введения инсулина и для замены 1 раз в 2 года). (Приказ Минздравсоцразвития России от 11.12.2007 №748 «Об утверждении стандарта медицинской помощи больным с инсулинонезависимым сахарным диабетом»).

см. следующую страницу

и респираторный терапевт. Результаты анализа показали уровень сахара в венозной крови 38 мг%, что указывает на сильную гипогликемию.

У пациента уже стоит периферический катетер. Помощник врача устанавливает внутривенно один флакон 50% декстрозы на физиологии, респираторный терапевт налаживает подачу кислорода (94%) через носовой катетер, медсестра следит за пациентом и с интервалом в 15 минут проверяет уровень сахара в крови. В течение 30 минут уровень сахара в крови достигает 72 мг%, и состояние пациента позволяет назначить ему белковое питание.

Результат

Члены реанимационной бригады информируют врача пациента о случившемся, пока медсестра делает соответствующую запись в истории болезни. Бригада также записывает свои действия в историю болезни. В течение следующих 24 часов пациент будет находиться под наблюдением, включающим контроль сахара в крови.

Пациент объясняет, что он нервничал из-за перевода на другое отделение, так как на кардиологическом отделении он чувствовал себя в безопасности. Однако, проявленное к нему внимание со стороны персонала и быстрая реакция всех участников помогли ему успокоиться.

Обучение

Гипогликемия возникает на фоне быстрого метаболизма глюкозы или высокого уровня инсулина в крови. Несмотря на то, что сильная гипогликемия не характерна для диабета II, пациент перенес три «скачка». Инфаркт ми-

ЧТО ПОЛОЖЕНО БОЛЬНЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Предоставление инсулиновой помпы, расходных материалов к ней, а также техническое обслуживание инсулиновой помпы в рамках набора социальных услуг не предусмотрено.

окарда – воспалительный процесс, усугубляющий состояние пациента и его реакцию на гипогликемию. Плюс, пациент принимает аспирин – салицилат, который может вызвать понижение уровня глюкозы в крови, и пропранолол, бета-блокатор, который может маскировать симптомы низкого уровня глюкозы в крови (такие как тахикардия).

Обычно легкую или средней тяжести гипогликемию (40-60 мг%) можно корректировать апельсиновым или яблочным соком (4 унции или чуть больше 100 мл), обезжиренным молоком (8 унций или чуть больше 200 мл) или тремя кусочками сахара в воде. Следует продолжать наблюдать за пациентом и проверять уровень сахара в крови каждые 15 минут. При показателях ниже 60 мг% следует сообщить врачу.

Более тяжелой гипогликемией можно избежать, если знать предупреждающие симптомы и признаки и реагировать на них быстро. Оставшаяся без внимания гипогликемия ведет к потере сознания, необратимому поражению мозга и смерти.

(Источник: журнал American Nurse Today)

Юмор как дополнительная терапия в уходе за пациентами, испытывающими боль: результаты исследований

Боль — не тема для веселья, однако некоторые считают, что юмор является достаточно эффективным способом в борьбе с болью, а пилотные исследования показали, что юмор может оказывать положительное влияние на иммунную систему. Некоторые медработники считают, что эффективность смеха в отношении боли связана с увеличением в крови эндорфинов, однако исследования доказать этого не смогли.

Результаты исследований, хоть и малочисленных, показывают, что для многих пациентов, испытывающих боль, юмор часто является эффективным отвлекающим средством. Юмор может быть особенно полезен перед болезненной процедурой, так как имеет, по всему, продолжительный эффект. Группа исследователей провела два эксперимента с целью измерить влияние определенных отвлекающих факторов, (таких как прослушивание аудиозаписей, выполнение однообразных задач и отсутствие вмешательств), на восприятие болевого порога. Уровень дискомфорта измерялся до и через 10 минут после прослушивания участниками аудиозаписи. В первом эксперименте сравнивалось влияние таких переменных, как отсутствие вмешательств, записи, вызывающие смех и релаксацию, и скучные повествовательные аудиозаписи. Болевой порог у участников исследования оказывался выше на фоне прослушивания записи, вызывающей смех и релаксацию.

Во втором эксперименте сравнивалось влияние таких переменных, как аудиозаписи, вызывающие смех и интерес к повествованию или не вызывающие интереса; сложные задачи и отсутствие вмешательств. Только смех существенно увеличил порог дискомфорта. Таким образом, смех может быть более эффективным, чем другие отвлекающие средства, и его влияние продолжается еще, как минимум, 10 минут после того, как смеющийся успокаивается.

Еще одна группа исследователей сравнила влияние просмотра юмористических и документальных фильмов на переносимость боли. Разницы между влиянием фильмов разных жанров на переносимость боли установлено не было, однако участники исследования сообщили, что юмор был более эффективен, и что они

Юмор может оказывать положительное влияние на иммунную систему

Пациенты ранжируют смех как самую эффективную терапию

Смех может быть более эффективным, по сравнению с другими отвлекающими средствами, и его действие продолжается, как минимум, 10 минут после того, как смеющийся успокаивается

Просмотр фильмов комедийного и трагедийного жанров в одинаковой степени улучшают переносимость боли

Просмотр комедий и трагедий помогает мужчинам, по сравнению с женщинами, переносить боль легче

переносят боль лучше, когда смотрят юмористический фильм.

Результаты еще одного исследования, в котором сравнивалось влияние на боль видеозаписей с комедийным и трагическим содержанием, показали, что и комедия и трагедия в одинаковой степени повышают переносимость боли. Параллельное исследование показало, что мужчины переносят боль лучше после просмотра комедий и трагедий, при этом комедия оказалась более эффективным средством в отношении боли.

Как правило, отвлекающие средства эффективны только в процессе их использования. Однако отвлечение с помощью юмора, вызывающего смех, или трагедии, может быть исключением. В указанных исследованиях участвовали добровольцы, которые испытали экспериментальную боль. Результаты в условиях клиники могут отличаться.



Можно ли интегрировать юмор в повседневный уход за пациентами?

Общеизвестно, что юмор помогает контролировать боль. В 1979 году Norman Cousins, (американский политический журналист, писатель, профессор) написал книгу о роли юмора при заболевании, сопровождаемом болью. Десять минут смеха, как он подсчитал, давали ему часы безболезненного сна.

Нет необходимости становиться комиком, могут быть полезными самые простые техники, такие как пускание мыльных пузырей во время купания пациента или смешной рассказ во время инъекции химиотерапии. Детям нравится шутка «Тук-тук» - «Кто там?»

Во многих медицинских онкологических центрах перед процедурами пациентам предлагают посмотреть видеозаписи или послушать аудиозаписи юмористических теле-передач. Затем, во время процедуры, пациента просят пересказать услышанную историю. Считается, что это - эффективное отвлекающее средство в отношении повторяющейся, продолжительной и утомительной процедуры.

В некоторых больницах и паллиативных отделениях есть «комнаты смеха» и «корзины юмора», которые можно принести в палату пациенту (это помогает пациентам узнать, какие материалы можно использовать дома или после перевода в специализированное отделение). Обычная корзина включает набор компакт-дисков, аудио- и видеокассеты и соответствующее устройство. По содержанию это могут быть комедии, фильмы и выступление юмористов. Также всегда есть юмористические журналы и книжки, игры, игрушки, наборы волшебника, марионетки, краски и игровая глина. Источники юмора не должны быть агрессивными и должны соответствовать возрасту.

Во время ухода за пациентами, испытывающими боль, следует пользоваться простыми руководствами, чтобы определить восприимчивость пациента к вмешательству и установить тип юмора, который он бы оценил. Чтобы

не оказаться в нелепой ситуации и избежать недопонимания, сначала лучше установить взаимоотношения с пациентом, а потом оценивать его чувство юмора. Например, спросите его, что может его рассмешить (мультфильмы, телевизионные шоу, семья или друзья). Если пациенты высказывают сомнения относительно уместности юмора во время ухода,

обсудите преимущества юмора и объясните, как с его помощью можно отвлечься и отдохнуть.

Если пациент соглашается, поговорите с семьей пациента и его друзьями об этом. Чаще всего именно члены семьи могут предложить действенный индивидуальный подход. Например, пациенту и его семье может понравиться просмотр семейного фотоальбома или видео об отпуске.

Используя «корзину юмора», пациенту следует дать время на то, чтобы он смог выбрать именно то, что интересно ему. Обратитесь к пациенту за советом, чем можно было бы дополнить корзину. Помогите ему сделать альбом для юмористических вырезок, куда могут войти шутки, фрагменты из мультфильмов и остроумные высказывания.

Оценивая эффективность анальгетиков, регулярно оценивайте эффективность этих вмешательств. Ведите себя так, чтобы пациент без стеснения обращался к вам с просьбой попробовать что-то новое, и всегда прерывайте смеюхотерапию, если пациент этого не хочет.

(По материалам журнала Американской ассоциации медсестер)

Ответы к тестам в № 1 журнала:

1-2 Моча фильтруется для выявления камней. - правильно

1. Оценка кровяного давления не представляет особой важности для пациента с мочекаменной болезнью.
3. Следует поощрять прием жидкости, чтобы снизить концентрацию мочи и облегчать проход камней.
4. Назначение анальгетиков – зависимая функция.

2-4 Наличие кальция в диете, а также экскреция парагормона увеличит уровень кальция в крови. - Правильно

1. Присутствие кальция в продуктах может повлиять на уровень кальция в крови.
2. Паратиреоидальный гормон контролирует уровень кальция в сыворотке.
3. Паратиреоидизм не является решающим фактором.

3-4 В ростбифе и отварном картофеле умеренное содержание кальция, по сравнению с другими вариантами. - Правильно

1. Для производства мороженого используется молоко, которое содержит много кальция.
2. В сыре - высокое содержание кальция.
3. Пудинг делается из молока, поэтому в нем высокое содержание кальция.

4-2 Цистолитектомия - удаление камней из пузыря. - правильно

1. Цистолитиаз говорит о наличии камней в пузыре.
3. Цистометрия – это процесс измерения давления в пузыре и емкости.
4. Криоэкстракция – применение низких температур для удаления ткани; обычно используется при экстракции катаракты.

5-4 Кальций и фосфор являются компонентами этих камней, и поэтому следует избегать продуктов, в которых они содержатся. Кроме того, кислая среда не является благоприятной для их формирования. - правильно

1. Продуктов с высоким содержанием кальция следует избегать.
2. Продуктов с высоким содержанием кальция следует избегать.
3. Эта диета показана пациентам с подагрой.

6–1 Образование камней кальциево-оксалатного происхождения можно предотвратить, если придерживаться диеты с низким содержанием кальция и оксалатов и высоким содержанием кислотной золы. - правильно

2. В питании должно быть высокое содержание кислотной, не щелочной, золы, контролирующей формирование этих камней.
3. Метионин представляет собой важную аминокислоту и должен быть включен в питание.
4. Пурины расщепляются до мочевой кислоты и должны быть исключены при подагре.

Петербургский Международный форум здоровья

16-18 октября 2013

Санкт-Петербург, выставочный комплекс Ленэкспо

Петербургский международный форум здоровья — единая площадка для профессионалов в области здравоохранения, объединяющая специализированные выставки, научно-практические и деловые мероприятия, затрагивающие все разделы медицины. Стратегическая цель проекта — обеспечение комплексного межотраслевого и междисциплинарного подхода к созданию индустрии здоровья. Именно поэтому он получил поддержку не только Правительства Санкт-Петербурга, но и Министерства промышленности и торговли РФ, Министерства здравоохранения РФ, Министерства экономического развития РФ, Министерства образования и науки РФ и Министерства сельского хозяйства РФ.

Основной акцент деловой программы форума будет сделан на вопросах комплексной реабилитации людей с заболеваниями и повреждениями опорно-двигательного аппарата и их интеграции в общество. Научно-практические конференции, дискуссионные площадки и семинары специалисты посвятят проблемам детской и взрослой ортопедии и травматологии, адаптивной физической культуры и спорта инвалидов, медико-социальной экспертизы, медицинской и социальной реабилитации. Кроме этого будут обсуждаться междисциплинарные подходы в диагностике, лечении, предотвращении осложнений, реабилитации болезней в эндокринологии, кардиологии, неврологии, гастроэнтерологии с учетом сопутствующих заболеваний и беременности.

Правила оформления статей в журнал «Специалист здравоохранения»

Уважаемые авторы!

Представляемые для публикации статьи должны соответствовать тематике журнала и вносить вклад в развитие практики специалистов здравоохранения - медицинских сестер, лаборантов, фельдшеров, акушеров.

Рукописи пересылаются в редакцию в электронном виде на адрес редакции: mediteka21@mediteka.ru

Статья должна быть выполнена в редакторе **Microsoft Word 2003, 2007 или XP** и набрана **шрифтом Arial кегль 12 через 1 интервал** с полями (2x2x2x2).

Объем

Объем обзора литературы или лекции не должен превышать 7 стр., проблемной статьи – 4-5 стр., оригинального научного исследования – 4 стр., случая из практики – 2-3 стр. Количество страниц указано с учетом списка использованной литературы.

Оформление и структура

Рукописи должны иметь следующие разделы: название прописными буквами, инициалы и фамилия авторов, учреждение, которое они представляют, реферат (не более 200 слов), отражающий основные положения статьи. Далее следует основной текст рукописи. В конце статьи указываются официальный адрес для контакта, который будет опубликован в журнале, а также фактическая контактная информация автора, ответственного за публикацию, с которым редакция будет разрешать вопросы, возникшие при работе с текстом.

Основной текст оригинальных научных исследований должен включать следующие разделы: 1) введение или актуальность; 2) литературный обзор по теме; 3) методы исследования; 4) результаты и их обсуждение; 5) выводы или заключение; 6) список литературы.

В оригинальных научных исследованиях рекомендуется приводить таблицы, рисунки и схемы только при обоснованной необходимости. Количество таблиц, рисунков, схем должно быть не более 2.

Список литературы. Библиографические описания источников располагают в порядке упоминания их в тексте статьи и нумеруют арабскими цифрами. Ссылки на цитируемые работы в тексте дают в виде порядковых номеров, заключенных в квадратные скобки.

Примеры оформления списка литературы:

1. Горская О.А., Онохина Я.С., Сельков С.А. К вопросу о вертикальной передаче вирусного гепатита С // Журнал акушерства и женских болезней. – 2013. – Спец. выпуск. – с. 24-25.
2. Петрова Н.Г., Додонова И.В., Погосян С.Г. Основы медицинского менеджмента и маркетинга. Учебное пособие. – СПб: ООО «Издательство ФОЛИАНТ», 2013. – 352 с.
3. Ключев В.М., Акимкин В.Г. Внутрибольничные инфекции: значение, определение, причины возникновения, структура, основные противоэпидемические мероприятия. Роль медицинского персонала в профилактике внутрибольничных инфекций. - <http://www.epidemiolog.ru/publications/detail.php?ID=824>. - Последний визит на сайт 11.01.13.

Редакция организует рецензирование, научное и литературное редактирование рукописей статей.

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ
«СПЕЦИАЛИСТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ»

2013, № 2

Подписано в печать 20.08.2013. Формат 60 x 84 ¹/₈. Бумага офсетная. Печать офсетная.
Объем 4,25 уч.-изд. л.; 4,25 усл. печ. л. Тираж 999 экз. Заказ № 4677

198261, Санкт-Петербург, Пискаревский пр., 47, кафедра сестринского дела с клинической практикой
тел.: (812) 543 13 63; E-mail: mediteka21@mediteka.ru