

2022, № 30

## СПЕЦИАЛИСТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

### РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

**Арьев А.Л.**, д.м.н., профессор кафедры гериатрии, пропедевтики и управления в сестринской деятельности ФГБОУ «СЗ ГМУ им. И.И.Мечникова»

**Лаптева Е.С.**, к.м.н., зав.кафедрой гериатрии, пропедевтики и управления в сестринской деятельности ФГБОУ «СЗ ГМУ им. И.И.Мечникова»

**Мазуренко С.О.**, профессор, главный терапевт СПб «ГБ Святого Великомученика Георгия»

**Подопригора Г.М.**, к.м.н., доцент кафедры гериатрии, пропедевтики и управления в сестринской деятельности ФГБОУ «СЗ ГМУ им. И.И.Мечникова»

**Петрова А.И.**, к.м.н., доцент кафедры гериатрии, пропедевтики и управления в сестринской деятельности ФГБОУ «СЗ ГМУ им. И.И.Мечникова»

**Сафонова Ю. А.**, к.м.н, доцент кафедры гериатрии, пропедевтики и управления в сестринской деятельности ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова»

**Петрова В.Б.**, к.м.н., ассистент кафедры гериатрии, пропедевтики и управления в сестринской деятельности ФГБОУ ВО «СЗ ГМУ им. И.И. Мечникова»

**Цуцунава М.Р.**, BSc, MS, ассистент кафедры гериатрии, пропедевтики и управления в сестринской деятельности ФГБОУ «СЗ ГМУ им. И.И.Мечникова», выпускающий редактор

**Аристидова С.Н.**, зав.уч.ч., ассистент кафедры гериатрии, пропедевтики и управления в сестринской деятельности ФГБОУ «СЗ ГМУ им. И.И.Мечникова»

ISSN 2413-6271

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

**Журнал выходит с 2013 г.**

Спонсор выпуска –  
ПРОО МР СПб

С 2017 года ЖУРНАЛ ИНДЕКСИРУЕТСЯ В РИНЦ (Российский Индекс Научного Цитирования – Science Index)

Адрес редакции:  
Санкт–Петербург, Пискаревский пр., 47  
Кафедра гериатрии, пропедевтики и управления в сестринской деятельности ФГБОУ ВО «СЗ ГМУ им. Мечникова»

Оригинал–макет –  
Цуцунава М.Р.  
Онлайн версия журнала  
доступна на сайте ПРОО МРСП  
[amspiter.ru](http://amspiter.ru)

На первой странице обложки – первый выпуск медсестер-бакалавров в ФГБОУ «СЗ ГМУ им.Мечникова»

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

Наличие перевода отдельных разделов статей на английский язык является одним из требований международных классификаторов, в которых индексируются профессиональные журналы и, таким образом, становятся доступными для широкого круга читателей.

ISSN 2413-6271  
2022, № 30

**СПЕЦИАЛИСТ  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ®  
МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПАЦИЕНТ-ОРИЕНТИРОВАННЫЙ ПОДХОД**

**ОТ РЕДАКЦИИ** .....3

**КОМПЕТЕНЦИИ**

**Цуцунава М.Р.**  
САНПРОСВЕТ РАБОТА. ТРЕБУЕТСЯ ПЕРЕЗАГРУЗКА.....4

**ДИСКУССИЯ**

**Лаптева Е.С., Цуцунава М.Р., Подопригора Г.М., Аристидова С.Н.**  
ДЛЯ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА ПОЛИТОЛОГИЯ ТАКЖЕ ВАЖНА, КАК И  
БИОЛОГИЯ .....8

**ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ**

**Телятникова Г.Б., Шутикова А.Д.**  
ОСОБЕННОСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНО-ВОЛЕВОЙ СФЕРЫ ВРАЧЕЙ И  
МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР, РАБОТАЮЩИХ В «КРАСНОЙ ЗОНЕ».....12

**АНАЛИТИКА**

**Цуцунава М.Р., Подопригора Г.М., Аристидова С.Н.**  
СТОМИРОВАННЫЕ ПАЦИЕНТЫ: НАСТОЯЩЕЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ.....19

**ЗАРУБЕЖНЫЕ ПУБЛИКАЦИИ**

ДОКАЗАТЕЛЬНАЯ МЕДИЦИНА – ОБ ОБЕЗБОЛИВАНИИ  
В ПЕДИАТРИИ (пер. с англ.).....24

**ОПЫТ**

**Купцова И.В.**  
МЫ ДОЛЖНЫ УМЕТЬ ПОСТАВИТЬ СЕБЯ НА МЕСТО ПАЦИЕНТА И  
ПОЧУВСТВОВАТЬ ТО, ЧТО ЧУВСТВУЮТ ОНИ.....30

### *Уважаемые коллеги!*

В этом году в ФГБОУ ВО «СЗ ГМУ им.Мечникова» состоялся первый выпуск бакалавров по специальности «Сестринское дело». Всего – 8 человек. На момент поступления из 8 человек трое уже были квалифицированными медсестрами и братьями, а пятеро – это те самые школьники, которым по разным причинам приглянулся сестринский бакалавриат.

Не легко пришлось этому *первому* набору: несмотря на то, что ФГБОУ ВО «СЗ ГМУ им.Мечникова» стал 21 вузом в стране, который запустил образовательную программу по подготовке медсестер-бакалавров, и опыт, который отражался в научных публикациях, был накоплен немалый, до сих пор многие их тех, кто задействован в подготовке бакалавров, сами остаются в неведении «А что дальше-то?», и зачастую пытаются эти вопросы обсуждать с молодыми и еще мало что понимающими студентами, вселяя в них своим авторитетом «преподавателя, работающего в университете» сомнения и неуверенность в правильности выбора будущей профессии. Ведь на такую позицию можно посмотреть и как на дискредитацию самого университета! ...

Однако, кто выбрал свой путь, должен смотреть только вперед (хоть это по силам не каждому), поэтому нам стало интересно, какие вопросы сегодня поднимают те, кто идут впереди. Одним из таких вопросов является *вектор интеграции медицинских сестер-бакалавров в практическом здравоохранении* и возможность построения модели партнерского взаимоотношения между врачом и медицинской сестрой с высшим образованием.

Этап сближения деятельности медицинской сестры с деятельностью врача уже пройден в области здравоохранения развитых стран. Это привело к изменению модели сестринского дела, увеличению численности медицинских сестер, изменению характера и продолжительности профессионального образования. Результаты исследований в нашей стране наглядно показывают, что большинство врачей в медицинской организации видят в новой образовательной подготовке медицинских сестер как перспективное направление модели «организатор лечебного процесса — сертифицированная медицинская сестра с высшим образованием». Медицинская сестра с высшим сестринским образованием должна поставить перед собой задачу вывести сестринское дело на новый уровень и совершенствовать его на протяжении всей своей карьеры, раскрывая весь его потенциал.

Однако начинать это движение надо с ликбеза самих преподавателей, большинство которых – врачи, мало интересующиеся происходящими событиями и переменами в сестринском деле и, увы, мало понимающие круг вопросов, входящих в сестринские компетенции, которые следует изучать как вширь, так и вглубь в процессе обучения. Преподавателей из числа медицинских сестер с высшим образованием, особенно тех, кто, действительно, идет в ногу со временем, остается непростительно мало. Но насколько они готовы выполнять свою миссию?

От редакции,

*Цуцунбава М.Р.*

**САНПРОСВЕТ РАБОТА. ТРЕБУЕТСЯ ПЕРЕЗАГРУЗКА***Цуцунова М.Р.*

ФГБОУ ВО «СЗ ГМУ им.Мечникова»

**Аннотация**

Согласно приказу Минздравсоцразвития РФ от 23.07.2010г. № 541н специалисты с высшим и средним медицинским и фармацевтическим образованием должны «проводить санитарно-просветительную работу среди больных и их родственников по укреплению здоровья и профилактике заболеваний, пропаганде ЗОЖ».

Санитарное просвещение - раздел профилактической деятельности органов и учреждений (здравоохранения), направленный на гигиеническое обучение и воспитание населения с целью его привлечения к активному участию в охране здоровья. Санитарное просвещение как научная отрасль опирается как на опыт медицинских дисциплин, так и таких дисциплин как социология, психология, педагогика. Качество профилактической деятельности может косвенно влиять на важнейшие показатели в здравоохранении, как заболеваемость и смертность.

При этом уровень санитарно-гигиенических знаний и навыков населения является недостаточным. Сложившаяся система пропаганды медико-гигиенических знаний не отвечает современным требованиям, так как ею не предусматривается вовлечение для этих целей заинтересованных организаций и учреждений, прежде всего сферы образования, культуры, экологических служб, общественных и религиозных организаций, средств массовой информации.

В данной статье обсуждается оценка санпросвет работы, проводимая медицинскими работниками, рассматриваются актуальные направления и инновационные формы санпросвет работы.

*Ключевые слова:* санпросвет работа, пропаганда, актуальные вопросы санпросвет работы

**Abstract**

According to the order of the Ministry of Health and Social Development of the Russian Federation No. 541n dated 23.07.2010, health care workers with the higher and secondary medical education should "provide sanitary and educational work among patients and their relatives for their health to strengthen it, for any disease to prevent, for the healthy lifestyle to promote."

Sanitary education is a section of prevention activity of the bodies and health care institutions aimed at the hygienic education of the population in order to attract them to active participation in their health promotion. Health education as a scientific branch is based both on the experience of medical disciplines and sociology, psychology, pedagogy as well. The quality of prevention activity can indirectly influence the most important indicators in healthcare, such as morbidity and mortality.

At the same time, the level of the sanitary and hygienic knowledge and skills of the population is insufficient. The current system of promoting medical and hygienic knowledge does not meet the current requirements, since it does not consider the involvement of the interested organizations and institutions for these purposes, primarily in the field of education, culture, environmental services, public and religious organizations, mass media.

This article discusses the assessment of the sanitary work being carried out by the health care workers, current trends and innovative forms of the sanitary education.

*Key words:* health promotion, health promotion education, current health promotion issues

## Уровень санитарно-гигиенических знаний и навыков

Качество профилактической деятельности может косвенно влиять на важнейшие показатели в здравоохранении, как заболеваемость и смертность. При этом уровень санитарно-гигиенических знаний и навыков населения является недостаточным. Например, как показало исследование Гаджиева Р.С. и соавт., осведомлены о первых признаках кишечных инфекций 20–32%, о мерах по первичной профилактике – 35–40%, показатель обращаемости за медицинской помощью при первых признаках заболевания – 15–37% [2].

В работе Петровой В.Б. и соавт. только 13(16,9%) участников опроса вакцинированы от ВПЧ. Большая доля опрошенных (66,2%) не знали, что вакцинироваться от ВПЧ необходимо, как женщинам, так и мужчинам [6]. Недостаточная информированность о заболеваниях, как правило, дезориентирует пациента в отношении собственного здоровья и выбора оптимальных моделей поведения.

Оценка уровня влияния санитарно-просветительных мероприятий на повышение эпидемиологической культуры в период пандемии у населения показала следующие результаты: 41% респондентов считают, что у большинства средний уровень эпидемиологической культуры соблюдения норм санитарной безопасности, социального дистанцирования, ношения медицинских перчаток и масок, 35% дают оценку ниже среднего, 12% полагают, что в их городе низкий уровень культуры соблюдения эпидемиологической безопасности.

Как выяснилось, самая популярная причина, по которой молодежь не следует принципам повышения собственной безопасности в условиях пандемии коронавируса, - дефицит свободного времени (для мытья рук, их обработки, своевременной смены маски, желания зайти в аптеку — 26%), а также недостаток важной санитарной информации (25%). Среди вариантов «другое» были «переизбыток устрашающей информации и желание сделать наоборот», «отсутствие организованной санитарной пропаганды» [3].

В деле профилактики заболеваний, особенно инфекционных, важное значение имеет гигиеническое обучение населения. Однако на вопрос, проводит ли участковый терапевт (медсестра) занятия по гигиеническому обучению, были получены следующие ответы: да (29,6%); нет (63,1%) [2].

В защиту медицинских работников высказались некоторые специалисты. Как писали в свое время Конечный Р. и Боухал М., при санитарном просвещении, как и при других видах просветительной деятельности, «Следует избегать двух крайностей: во-первых, принуждения медицинских работников без учета их заинтересованности и способностей проводить «организационно и планомерно» санитарное просвещение для того, чтобы можно было подать сводку о количестве проведенных мероприятий; во-вторых - недооценки того факта, что сами медицинские работники, хорошо или плохо, все же формально осуществляют санитарное просвещение (что особенно касается индивидуального санитарного просвещения) при обычном контакте с больными, с их родственниками, при ответах на их вопросы, в рекомендациях о режиме жизни и питания после выписки из больницы» [4].

## Средства пропаганды

Обычно в практике санитарного просвещения используются устное слово, печать, радио, кино, телевидение, народные университеты, «школы» здоровья и т.п. [1]. Большие возможности для санитарного просвещения представляет сеть Интернет, которая довольно активно осваивается медицинскими работниками. Это подтверждают научные данные. Как показала работа Гаджиева Р.С. и соавт., среди средств устной пропаганды медицинских знаний 1-е место по их значимости в профилактике заболеваний, по мнению опрошенных, занимают беседы (55,4%), 2-е – «школа здоровья» (19,9%), 3-е – лекции (15,7%). В структуре источников массовой информации 1-е место занимает телевидение (43,3%), 2-е – Интернет (25,9%), 3-е – пресса (17,2%) и 4-е – радио (13,6%).

Среди средств печатной пропаганды, по мнению респондентов, главное место занимает научно-популярная литература (39,5%), меньшую значимость имеют памятки, листовки, буклеты. В структуре средств наглядной пропаганды наиболее важны, по мнению опрошенных, телепередачи (28,3%), по своей значимости им несколько уступают плакаты (25,9%), слайды, рисунки (24,8%) и мероприятия по формированию здорового образа жизни (10,7%) [2].

Самым популярным источником получения информации о коронавирусной эпидемии являются электронные СМИ, 71% респондентов получают информацию именно оттуда. Чуть менее популярны печатные СМИ, ими пользуются 40% опрошенных [3]. Это позволяет сделать вывод, что современному обществу жизненно важно улучшать свои знания санитарно-гигиенических норм в условиях продолжения коронавирусной эпидемии для выживания и укрепления здоровья.

### **О целенаправленности санпросвет работы**

Для усиления целенаправленности и действенности санитарно-просветительской работы необходимо знать, какова степень осведомленности различных социальных и возрастно-половых групп населения в вопросах санитарии и гигиены. Материалы исследования позволяют выявить интересы населения в области профилактики заболеваний. Установлено, что более 2/3 опрошенных интересуют вопросы профилактики онкологических заболеваний. Из числа опрошенных 59,6% интересуются профилактикой желудочно-кишечных заболеваний, 53,2% – эндокринных и 45,3% – заболеваний органов дыхания [2].

На вопрос «Какая тема из профилактических бесед для вас наиболее важная?» ответы респондентов сходились в важности «получения информации по собственному заболеванию» - 72,3%. Ответ «формирование ЗОЖ», включающий понятия о рациональном питании, правильном режиме дня, вреде алкоголя, табакокурения, выбрали 27,7%. Были выявлены наиболее актуальные темы санитарно-просветительских бесед для группы пациентов, проявившей интерес к «получению информации по собственному заболеванию». Выразили желание получить подробную информацию по профилактике: онкологических заболеваний (в частности, колоректальный рак) - 42% респондентов; болезней системы кровообращения (включая ОНМК) – 21% пациентов; заболеваний мочеполовой системы (МКБ) – 16% испытуемых; заболеваний желудочно-кишечного тракта (ЖКБ) – 13%; заболеваний дыхательной системы (в особенности, бронхиальная астма) – 8% [7]. Интерес к данным темам говорит об осведомленности респондентов в отношении основных причин смерти, где первое место занимают болезни системы кровообращения, на втором месте – новообразования, на третьем месте – внешние причины, в том числе дорожно-транспортные происшествия; далее следуют болезни органов пищеварения; болезни органов дыхания.

### **Наиболее важные для пациентов профилактические беседы:**

- ✓ онкологические заболевания
- ✓ болезни системы кровообращения
- ✓ заболевания мочеполовой системы
- ✓ заболевания желудочно-кишечного тракта
- ✓ заболевания дыхательной системы

### **О необходимости смены формы санпросвет работы**

Безусловно, пришло время, когда с целью повышения заинтересованности следует изменить форму санитарно-просветительской работы, например, в виде интерактивных игр. К этому пришли, в частности, исследователи, которые провели оценку эффективности работы по санитарному просвещению молодежи по вопросам туберкулеза в организованных коллективах. Уровень знаний молодежи о туберкулезе изначально низок. Работа по санитарному про-

свещению молодежи позволяет достоверно повысить уровень знаний и стимулировать к регулярному прохождению обследования на туберкулез. Однако взрослые молодые люди менее заинтересованы в этой информации по сравнению с подростками, поэтому для этого контингента слушателей следует изменить форму санитарно-просветительской работы, например, в виде интерактивных игр, с целью повышения заинтересованности [5].

В последнее время стали популярны новые формы республиканских и городских мероприятий по пропаганде здорового образа жизни. Они охватывают неоднородную аудиторию. Во-первых, это задействованная в интерактивном режиме молодежная аудитория и зрители на площадях и улицах, на стадионах [2].

**Особую тревогу вызывает увеличение смертности от ВП у пациентов пожилого возраста, так как во всех развитых странах удельный вес лиц старше 65 лет с каждым годом растет. Обращает на себя внимание необходимость усиления санитарно-просветительской работы с населением в отношении не только сердечно-сосудистых или онкологических заболеваний, но и инфекционных заболеваний дыхательных путей [8].**

Эффективное санитарное просвещение должно не только давать знания по основам медицины, уходу за собой, но и воспитывать, приобщать к общечеловеческим нравственным ценностям, формировать культуру здоровья. И сделать это можно через художественную литературу. До настоящего времени художественная литература не использовалась как средство санитарного просвещения, средства гигиенического образования и воспитания.

Врачебное прочтение отдельных произведений показывает большое разнообразие тем для санитарно-просветительской работы, которые можно использовать как «зачин» беседы и даже как ее основу. Трехлетнее использование классической литературы в санитарно-просветительской работе со школьниками подтвердило состоятельность сформулированной ранее концепции развития культуры здоровья средствами художественной литературы [9].

## Использованная литература

1. Барановский Л. В., Соколов И. С. Санитарное просвещение //БСЭ. [электронный ресурс] – Режим доступа: URL: <http://slovari.yandex.ru/dict/bse/article/00068/57200.htm>
2. Гаджиев Р.С., Агаларова Л.С., Омарова О.А. Информированность работающего населения о методах пропаганды профилактики заболеваний, используемых в санитарном просвещении // 2020
3. Кабаян Н.В., Кабаян О.С., Кабаян А.В. Санитарное просвещение студентов в период пандемии COVID-19 // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2021; 29(3)
4. Конечный Р., Боухал М. Психология санитарного просвещения // Психология в медицине. – Авиценум: Прага, 1983. – С. 319-320.
5. Мищенко А.В. Анализ эффективности санитарного просвещения молодежи по вопросам туберкулеза // Смоленский медицинский альманах № 1 (1), 2015
6. Петрова В.Б., Тимоханова К.А., Петрова А.И. Прививка от рака. Дефицит знаний по вопросам инфицирования и вакцинопрофилактики вируса папилломы человека среди студентов младших курсов вуза // Специалист здравоохранения, 2022, 27, 15-19
7. Попова Н.М., Поскребышева С.А., Сабирзянов А.Я. Мнение пациентов о санитарно-просветительской деятельности работников сферы здравоохранения //
8. Серов В.А. и соавт. Внебольничная пневмония – актуальная проблема современного общества // Ульяновский медико-биологический журнал. № 1, 2021
9. Тверская С.С. Художественная литература как средство санитарного просвещения // Евразийский Союз Ученых (ЕСУ) № 4 (25), 2016
10. Ятрогении // Википедия — свободная энциклопедия [электронный ресурс] – Режим доступа: URL: <http://ru.wikipedia.org/wiki/Ятрогении>

## «ДЛЯ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА ПОЛИТОЛОГИЯ ТАКЖЕ ВАЖНА, КАК И БИОЛОГИЯ»

*Лантева Е.С., Цицунова М.Р., Подопризгора Г.М., Аристидова С.Н.*

ФГБОУ ВО «СЗ ГМУ им.И.И.Мечникова»

### Аннотация

Данная статья представляет собой обзор зарубежных публикаций за тридцатилетний период, в центре внимания которых – политическая роль медицинской сестры. С самых первых дней истории сестринского дела эта профессия была известна продвижением прав человека, противодействием несправедливости и защитой интересов тех, кто не мог защищать себя сам. Эти достижения имели место благодаря усилиям политически активных медсестер. До сих пор обсуждаются такой вопрос как присутствие в образовательных программах для медицинских сестер такой дисциплины как Основы политологии. Основными аргументами, выдвигаемыми в защиту данного мнения, является необходимость продвижения профессии и обеспечения благополучия населения, которые невозможны без политической активности. Политически грамотные медсестры могут помочь гарантировать уход нуждающимся в нем, а сами медсестры смогут пользоваться льготами, на которые они имеют право, включая рыночную заработную плату. Здесь есть, о чем подумать и медсестрам-лидерам в нашей стране.

*Ключевые слова:* сестринское дело, политика, политическая активность, обучение медсестер

### Abstract

This article is a review of the foreign publications issued for the last 30 years focusing on the political role of the nursing profession. From the earliest days of nursing, the profession has been known for advancing human rights, opposing injustice, and advocating for those who could not advocate for themselves. These achievements have been due to the efforts of politically active nurses. The presence of Political Science in the nursing curricula is still being debated. The main arguments advanced in defense of this view are the need to promote the profession and the well-being of the population, which are impossible without political activity. Nurses educated in politics can help guarantee care to those who are in a need of it, and nurses themselves will be able to enjoy the benefits to which they are entitled, including market wages. There's a lot here for the nurses-leaders in our country to think about, too.

*Key words:* nursing, politics, political activity, nursing education

«Для сестринского дела политология также важна, как и биология». Такое мнение высказала Грасия Касоки Катава - медицинская сестра в недавнем прошлом, а ныне – мэр одного из городов Канады [13].

До сих пор существуют вопросы касательно участия медсестер в политической жизни страны, отсутствия у них опыта в политических играх, что пагубно сказывается как на продвижении профессии, так и на здоровье и благополучии населения. На основе некоторых публикаций в журнале *Nursing Ethics* выделены некоторые области, в которых будет в большой



степени задействована именно сестринская профессия: уход за пожилыми людьми, долговременный уход на дому, генетика, международные исследования, конфликты и войны. В связи с этим потребуются новый голос медсестры, а именно - политический. Основой этому является Этический кодекс медицинской сестры и четыре основных обязанности, возложенные на них: укрепление здоровья, предотвращение болезней, восстановление здоровья и облегчение страданий [14].

С самых первых дней истории сестринского дела эта профессия была известна продвижением прав человека, противодействием несправедливости и защитой интересов тех, кто не мог защищать себя сам. Эти достижения имели место благодаря усилиям политически активных медсестер [10].

Значимость политической грамотности для сестринской профессии обсуждается, как минимум, последние 50 лет, однако не в нашей стране. Основные аргументы, как сказано выше, - политическая активность медсестер необходима для продвижения профессии, обеспечения благополучия населения, кроме того, медсестры, в независимости от своих политических взглядов, могут влиять на общественное мнение о здравоохранении [15].

Возможность интеграции политики в сестринское дело, а также вопрос о включении политологии в учебную программу для подготовки медицинских сестер [11] обсуждались уже в 80-х годах прошлого столетия [2]. В 90-е годы голоса, отстаивающие значимость политической активности медицинских сестер, усилились [3]. В эти же годы в некоторых странах за голоса медицинских сестер стали бороться политические партии, и обсуждалось участие политических партий в решении проблем сестринской профессии [18], а также о возможном вкладе медицинских сестер в развитие законодательства в области здравоохранения [6].

На понимание и осознание этой роли сестринской профессии ушли десятилетия. Как показало одно из исторических исследований, в 1920-х годах для медицинских сестер было характерно отсутствие какого-либо критического взгляда и пассивность в отношении событий своего времени. В 1940-х годах политическое движение имело характер «застенчивого», и только в 1970-х и 1980-х годах позиция медсестер становится социально конкретной.

В 1990-х годах заговорили о значимости критического мышления для специалистов сестринских служб. Однако в профессии до сих пор существует раскол, для которого харак-

**Являясь крупнейшей медицинской профессией в мире, медсестры могут обладать огромной властью, когда они работают сообща и используют данные о результатах медицинской помощи для принятия важных изменений в политике здравоохранения [7].**

терно, с одной стороны, присутствие сознательной, критической и политизированной группы, а с другой - все еще пассивной и уступчивой группы, что дает повод судить о политической позиции как о зарождающейся [8].

В первом десятилетии нового столетия заговорили о политической апатии медицинских сестер [12]. При этом политическая апатия в сестринской профессии может быть связана с многочисленными факторами, среди которых незнание политического процесса и формирования государственной поли-

тики, чувство бессилия и предполагаемый этический конфликт между профессиональными ценностями и участием в политике.

Сегодня считается, что сестринское дело как профессия достигла крайне важной точки в своем развитии, когда слово «медсестра» стало синонимом слова «защитник интересов пациентов», что делает эту специальность крайне важной. Общество, однако, не признает медсестер в качестве защитников интересов пациентов до тех пор, пока они не начнут защищать общественное здравоохранение и социальные вопросы на институциональном, общественном и национальном уровнях [4].

**Что побуждает медсестер участвовать в политике**

Результаты одного канадского исследования с участием 10 наиболее политически активных медсестер показали, что все участницы были мотивированы ранними событиями в жизни, осознанием важности социальной справедливости и *порядочного* правительства. В политической жизни им позволили участвовать их медицинское образование и работа. Все они приобрели знания, необходимые для политических целей, в дополнение к уверенности, коммуникативным навыкам и другим способностям, требуемым для того, чтобы быть услышанной при формировании политики. Все участницы подчеркнули важность поддержки и помощи в политической деятельности. Авторы заключили, что необходимо вдохновлять медсестер и помогать им становиться политически активными, и тогда их ряды можно будет существенно преумножить [16].

### **Если мы хотим продвигать сестринскую профессию...**

Если мы хотим продвигать сестринскую профессию, мы должны обучить медсестер, как стать ключевыми участниками разработки политики в здравоохранении. Если мы этого не сделаем, решения, которые повлияют на нашу практику, без нашего участия будут принимать другие. Подобные призывы и аргументы звучат последние, как минимум, тридцать лет.

«...Все большее число медсестер осознают необходимость усиления нашей власти, и мы понимаем, что путь к власти открывает политическая активность. Мы должны продолжать увеличивать количество политически проницательных и активных медсестер, чтобы достичь своей цели. Самый надежный способ добиться этого — обучить большое количество штатных медсестер для выполнения этой жизненно важной роли» [17].

И спустя тридцать лет в разных странах продолжают дебаты, опирающиеся на не потерявшие своей актуальности аргументы тридцатилетней давности относительно программы обучения и значимости включения в эту программу основ политологии. В частности, в Северной Ирландии считается, что старшие медсестры должны быть обучены тому, как оказывать политическое влияние, чтобы помочь им лучше понять политический ландшафт страны и то, как они могут помочь формировать политику от имени медсестер и своей профессии [9].

Как бы грозно не звучало само понятие «политология», она преследует вполне понятную и простую цель - привить интерес к политическому процессу, научить критически мыслить, оценивать политические события. При авторитарном режиме, преследующем цели сохранения массовой лояльности и угнетения личности, нет места политическому образованию. Очевидно, что демократами не рождаются, а, следовательно, именно политическое образование способно сохранить и развить демократическую систему [1]. Политическое образование — это не просто попытка передать знания об институтах и нормах поведения, это - вера в продвижение основных демократических ценностей, таких как политическое участие, привлечение большинства и права меньшинства [19].

Политическое образование по сути своей направлено на становление совершенно нового субъектного подхода к политике: воспитание компетентной политической элиты и участвующего гражданина. В цивилизованном обществе политическая культура и образование не только не отделимы друг от друга, но в известном смысле являются эквивалентами.

Политическое ноу-хау необходимо для профессионального выживания. Если медсестры не будут активно сотрудничать как единая многочисленная команда, профессия медсестры и ее образование могут стать неактуальными для политических реалий страны и ее населения. Если медсестры не смогут успешно участвовать в политических дебатах и переговорах о своих правах, они могут превратиться в безмолвную, безликую и бессильную по большому счету женскую профессию. При этом политически грамотные медсестры могут помочь гарантировать оказание медицинской помощи нуждающимся в ней, а сами медсестры смогут пользоваться льготами, на которые имеют право, включая рыночную заработную плату [5].

Тем не менее, широкое образование и обучение медсестер политике еще предстоит реализовать. Для того, чтобы медсестры во всем мире занимали свое место там, где принимаются решения, и могли по праву участвовать в политике, в разработке реформ здравоохранения и защите интересов, лидеры-медицинские сестры должны обеспечить им доступ к хорошо продуманным программам обучения в области политологии.

#### Список использованной литературы

1. Власова О. Ю. Политическое образование в современных европейских государствах // Вестник Московского университета. Серия 12. Политические науки. 2012. №1.
2. Buchanan-Garoni L. Nursing and politics: a dichotomy? Fla Nurse. 1987 Mar;35(3):1, 15. PMID: 3647895.
3. Denker Al. Yes, political activism does make a difference. Am Nurse. 1994 Sep;26(8):26, 31. PMID: 8085680.
4. Des Jardin KE. Political involvement in nursing--education and empowerment. AORN J. 2001 Oct;74(4):467-75; quiz 476-9, 481-2. doi: 10.1016/s0001-2092(06)61679-7. PMID: 11665381.
5. Ehlers VJ. Nursing and politics: a South African perspective. Int Nurs Rev. 2000 Jun;47(2):74-82. doi: 10.1046/j.1466-7657.2000.00016.x. PMID: 10884176.
6. Green A. Can nurses, nursing influence legislators? Legislators' perceptions of nursing and nursing's input into health care legislation. Tex Nurs. 1986 Nov-Dec;60(10):10-1. PMID: 3642904.
7. Groenwald SL, Eldridge C. Politics, power, and predictability of nursing care. Nurs Forum. 2020 Jan;55(1):16-32. doi: 10.1111/nuf.12377. Epub 2019 Aug 26. PMID: 31448824.
8. Lima WC, Sampaio SF. Competência política do enfermeiro: achados bibliográficos [Political competence of nurses: literature findings]. Rev Gaucha Enferm. 2007 Dec;28(4):564-9. Portuguese. PMID: 18464473.
9. Lomas C. Political influence. Nurs Manag (Harrow). 2015 Oct;22(6):9. doi: 10.7748/nm.22.6.9.s10. PMID: 26419556.
10. Luther AP. Becoming a more politically active nurse. ORL Head Neck Nurs. 1995 Fall;13(4):6-10. PMID: 8630770.
11. Mele KL. Integrating political education into nursing curriculum. Fla Nurse. 1987 Mar;35(3):4. PMID: 3647896.
12. Roye CF. Politics and nursing science: not always a healthy combination. Nurs Sci Q. 2008 Jan;21(1):13-7. doi: 10.1177/0894318407311126. PMID: 18246643.
13. Stake-Doucet N, Cérat S. "It's as Important as Biology": Politics and Nursing, a Discussion with Nurse and Mayor Gracia Kasoki Katahwa. Nurs Leadersh (Tor Ont). 2022 Jun;35(2):49-58. doi: 10.12927/cjnl.2022.26871. PMID: 35976785.
14. Tschudin V. The future nursing voice. Rev Lat Am Enfermagem. 2003 Jul-Aug;11(4):413-9. doi: 10.1590/s0104-11692003000400002. Epub 2004 Feb 13. PMID: 14748158.
15. Walker DJ. Nursing, Health Care, and the 2016 Presidential Race. Am J Nurs. 2016 Oct;116(10):23-5. doi: 10.1097/01.NAJ.0000503293.89981.ea. PMID: 27684765.
16. Wilson DM, Underwood L, et al. How and why nurses became involved in politics or political action, and the outcomes or impacts of this involvement. Nurs Outlook. 2022 Jan-Feb;70(1):55-63. doi: 10.1016/j.outlook.2021.07.008. Epub 2021 Sep 4. PMID: 34493399.
17. Winter K. Educating nurses in political process: a growing need. J Contin Educ Nurs. 1991 Jul-Aug;22(4):143-6. doi: 10.3928/0022-0124-19910701-05. PMID: 1906479.
18. Nursing finds political home with both parties: Republican and Democratic Conventions offer form for nursing's issues. Am Nurse. 1996 Oct;28(7):12-3. PMID: 8924081.
19. Report on the International symposium «Social Studies and Civic Education in Europe» (Dillingen, Bavaria, West Germany, July 17–21, 1989). С. 23

## ОСОБЕННОСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНО-ВОЛЕВОЙ СФЕРЫ ВРАЧЕЙ И МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР, РАБОТАЮЩИХ В «КРАСНОЙ ЗОНЕ»



**Телятникова Г.Б.**, инструктор-методист по ЛФК и АФК, психолог, старшая медицинская сестра отделения медицинской реабилитации пациентов с поражением ЦНС

**Шутикова А.Д.** медицинская сестра - палатная ОРИТ ОНМК

СПб ГБУЗ «Городская больница Святого Великомученика Георгия»



### Аннотация

Медицинские работники, чья работа связана с диагностикой и лечением новой коронавирусной инфекции, испытывают большие физические и эмоциональные нагрузки. В отечественных и зарубежных скрининговых исследованиях выявляется повышение уровня стресса и рост профессионального выгорания.

**Цель исследования** - определить группы риска по степени развития синдрома эмоционального выгорания

**Участники:** в исследовании приняли участие 70 человек: 23 человека - мужчины с высшим образованием: 12 человек (врачи) средний возраст 36 лет, со средним образованием 11 человек (палатные медицинские братья) средний возраст 33 года; 47 человек - женщины с высшим образованием: 16 человек (врачи) средний возраст 37 лет, со средним образованием: 31 человек (медицинские сестры) средний возраст 35 лет.

**Результаты:** в целом выраженность эмоционального выгорания выше у среднего медицинского персонала, и у женщин он выше, чем у мужчин. Весьма тревожным знаком представляется высокий уровень такого показателя, как деперсонализация.

**Выводы:** работа в условиях «красной зоны» приводит к выраженному профессиональному выгоранию и формированию высокого уровня психологического дистресса. Это может не только негативно сказываться на профессиональной деятельности, но и в целом на психологическом и соматическом здоровье профессионала, что влечет за собой не просто личностные и профессиональные трудности для конкретного человека, но и в целом наносит экономический ущерб системе здравоохранения в целом.

### Abstract

Health care workers dealing with a new coronavirus infection are under burden of great physical and emotional stress. The local and foreign screening studies reveal a stress level and professional burnout increased.

**The purpose** of the study was to identify the risk groups by the degree of the emotional burnout syndrome development.

**Participants:** 70 participants included 23 men with the higher education: 12 doctors (average age is of 36 years), 11 ward medical brothers with the secondary education (average age is of 33 years); 47 women with the higher education: 16 doctors (average age is 37 years), 31 nurses with the secondary education (average age is 35 years).

**Results:** in general, the severity of emotional burnout is higher in the average medical staff, and it is higher in women. A very alarming sign is the high level of such an indicator as depersonalization.

**Conclusions:** working in the "red zone" leads to pronounced professional burnout and a psychological distress at the high level. This can not only have a negative impact on the professional activity, but also on the psychological and the health care workers somatic health in general, that entails not only some personal and professional difficulties for a particular person, but also, in general, economic damage to the healthcare system as a whole.

**Синдром эмоционального выгорания** (далее - СЭВ) был впервые описан в 1974 году американским психологом Фрейдбергером для описания деморализации, разочарования и крайней усталости, которые он наблюдал у работников психиатрических учреждений. Разработанная им модель оказалась удобной для оценки этого состояния у медицинских работников — профессии с наибольшей склонностью к «выгоранию». Ведь их рабочий день — это постоянное теснейшее общение с людьми, к тому же больными, требующими неусыпной заботы и внимания, сдержанности.

**Основными симптомами СЭВ являются:**

- усталость, утомление, истощение после активной профессиональной деятельности;
- психосоматические проблемы (колебания артериального давления, головные боли, заболевания пищеварительной и сердечно-сосудистой систем, неврологические расстройства, бессонница);
- появление негативного отношения к пациентам (вместо имевшихся ранее позитивных взаимоотношений)
- отрицательная настроенность к выполняемой деятельности;
- агрессивные тенденции (гнев и раздражительность по отношению к коллегам и пациентам);
- функциональное, негативное отношение к себе;
- тревожные состояния, пессимистическая настроенность, депрессия, ощущение бессмысленности происходящих событий, чувство вины.

Синдром эмоционального выгорания в настоящее время имеет статус диагноза в рубрике МКБ-10: Z73 - «Проблемы, связанные с трудностями управления своей жизнью». Психическое выгорание понимается как профессиональный кризис, связанный с работой в целом, а не только с межличностными взаимоотношениями в процессе ее. Выгорание можно приравнять к дистрессу (тревога, депрессия, враждебность, гнев) в его крайнем проявлении и к третьей стадии общего синдрома адаптации — стадии истощения. Выгорание — не просто результат стресса, а следствие неуправляемого стресса.

Этот синдром включает в себя три основные составляющие: эмоциональную истощенность, деперсонализацию (цинизм) и редукцию профессиональных (снижение личных) достижений (Маслач и Джексон, 1993, 1996):

- эмоциональное истощение — чувство эмоциональной опустошенности и усталости, вызванное собственной работой;
- деперсонализация — циничное, безразличное отношение к труду и объектам своего труда;

- редукция профессиональных достижений — возникновение чувства некомпетентности в своей профессиональной сфере, осознание неуспеха в ней.

Несколько систематических обзоров и метаанализов уже показали, что у медсестер наблюдается умеренный или высокий уровень СЭВ (Adriaenssens et al., 2015 ; De la Fuente-Solana et al., 2019 ; Gómez-Urquiza et al., 2016 ; López- López et al., 2019 ; Owuor et al., 2020 ; Pradas-Hernandez et al., 2018 ; Woo et al., 2020 ). Распространенность СЭВ различается в зависимости от географического региона и специальности. В частности, в Центральной Азии и Европе была самая низкая распространенность симптомов выгорания, а в регионе Африки к югу от Сахары — самая высокая (Owuor et al., 2020; Woo et al., 2020). Кроме того, самая высокая распространенность СЭВ была у медсестер педиатрического, онкологического отделений и отделения неотложной помощи (Gómez-Urquiza et al., 2016 , 2017 ; Parola et al., 2017 ; Pradas-Hernandez et al., 2018 ). Выгорание среди медсестер — серьезная и частая проблема, имеющая серьезные негативные последствия не только для медсестер, но и для пациентов, коллег и организаций здравоохранения.

Как показал литературный обзор работ, проведенных в стране, на сегодняшний день просматриваются два направления для изучения СЭВ: ряд авторов продолжают доказывать его распространенность среди среднего медицинского персонала, другие изучают последствия СЭВ для персонала. В частности, работа Перевезенцевой Н.Л. и соавт. показала, что СЭВ подвержена значительная часть среднего медицинского персонала [10]. Сниженный потенциал рабочей продуктивности на фоне СЭВ у 94,1% среднего медицинского персонала установлен в работе Чигаревой И.А. [12]. Монгуш Ч. Н., Доспан-Оол С.С. [9] отметили наличие деперсонализации и редукцию профессиональных достижений у большинства респондентов. Редукцию личностных достижений на фоне выявленного эмоционального истощения показало исследование Малеевой М.П. и соавт. [8]. Работа Девличаровой Р.Ю. и соавт., показала, [4] помимо деперсонализации, умеренную корреляционную зависимость между показателями эмоционального выгорания и индексом степени хронического утомления.

Актуальность настоящего исследования определяется продолжающейся пандемией COVID-19 и изменившимися условиями работы для всех категорий медицинских работников. Как отмечают многие исследователи, как в России, так и за рубежом, медицинские работники, чья работа связана с диагностикой и лечением новой коронавирусной инфекции, испытывают большие физические и эмоциональные нагрузки. В отечественных и зарубежных скрининговых исследованиях выявляется повышение уровня стресса и рост профессионального выгорания. Проблема эмоционального выгорания всегда являлась одной из наиболее острых, но увеличение нагрузки, новые условия труда, необходимость приспосабливаться к постоянно изменяющимся требованиям в работе, сделали ее не просто актуальной и острой, но требующей незамедлительного решения.

Возможность вовремя определить за счет скрининга признаки деструктивного стресса и начинающегося эмоционального выгорания позволит оказать необходимую психологическую помощь, что в свою очередь сохранит здоровье медицинских работников и кадровый состав ЛПУ.

С учетом актуальности проблемы было решено провести исследование с определением групп риска по степени развития синдрома эмоционального выгорания

Предметом исследования стали особенности эмоционально-волевой сферы медицинских работников.

**Методами исследования стали:** анализ теоретических материалов по исследуемой проблеме и психодиагностические методы (анкетирование, тестирование). Такой выбор методов и методик исследования позволяет быстро и точно определить степень эмоционального выгорания и особенности графика и условий работы.

В ходе исследования оценивался уровень эмоционального выгорания, реакция на стрессовые факторы и был проведен анализ анкетирования по вопросам условий работы в «красной зоне».

В основу выбора психодиагностических методик легли современные представления о стресс-синдроме, синдроме эмоционального и профессионального выгорания.

Профессиональная деятельность медицинских работников, участвующих в лечении и реабилитации больных, предполагает эмоциональную насыщенность и высокий процент факторов, вызывающих стресс. По классификации профессий по «критерию трудности и вредности» (по А.С. Шафрановой), медицина относится к профессии высшего типа по признаку необходимости постоянной внеурочной работы над предметом и собой. В 60-х годах в США впервые был введен термин «профессиональная деформация» в профессиях «человек – человек», в которых на эффективность работы существенно влияет социальное окружение. Были сделаны выводы о существовании профессиональной деформации и необходимости особого профессионального отбора в профессиях системы «человек — человек».

#### **Участники исследования**

Всего в исследовании приняли участие 78. Однако так как некоторые участники не заполнили методики полностью, для анализа были отобраны данные, в которых все методики были заполнены полностью. Таким образом в исследовании приняли участие 70 человек из них:

**Мужчины** - 23 человека. С высшим образованием - 12 человек (врачи) средний возраст 36 лет, со средним образованием - 11 человек (палатные медицинские братья) средний возраст 33 года.

**Женщины** - 47 человек. С высшим образованием - 16 человек (врачи) средний возраст 37 лет, со средним образованием - 31 человек (медицинские сестры) средний возраст 35 лет.

#### **Ход исследования**

В ходе исследования участникам предлагалось ответить на вопросы анкеты (данные об образовании, возрасте, общем стаже работы и стаже работы в «красной зоне»), оценить свое состояние по шкале психологического дистресса Кесслера. Шкала разработана для быстрого распознавания случая как подходящего или не подходящего под критерии Руководства по диагностике и статистической классификации психических расстройств DSM-IV. Широко используется для диагностики военных и служащих правоохранительных органов. Результаты по опроснику согласуются с другими традиционными средствами измерения в этой области. Также участникам было предложено выполнить тестовую методику диагностики профессионального выгорания Маслач для оценки степени эмоционального выгорания.

#### **Результаты исследования**

Результаты анкетирования показали, что вне зависимости от общего стажа работы и срока работы в «красной зоне» положительными сторонами для опрошенных являлось материальное вознаграждение.

98 % опрошенных на вопрос: «Какие плюсы вы видите в работе» ответили: «Деньги», «возможность заработать», «увеличение дохода». Только 2 % отметили, что работа с новой коронавирусной инфекцией – это «возможность научиться чему-то новому» и «выполнение важного дела».

На вопрос: «Какие минусы вы видите в своей работе?» 97 % ответили, что главный минус работы – это необходимость работать в СИЗ, усталость, вредное воздействие новых условий работы на организм, многие отмечали, что неизвестно, какие отдаленные последствия могут быть для состояния здоровья.

На вопрос анкеты: «Что бы вы хотели изменить в своей работе?» 85% ничего не ответили. Остальные ограничились кратким ответом – «отменить СИЗ», «перейти в *нековидное* отделение».

Таким образом, можно считать условия работы в «красной зоне» стрессовым фактором с высокой негативной нагрузкой, которая не в полной мере компенсируется материальным вознаграждением.

### Шкала психологического дистресса Кесслера

Шкала разработана для быстрого распознавания случая как подходящего или не подходящего под критерии Руководства по диагностике и статистической классификации психических расстройств DSM-IV. Широко используется для диагностики военных и служащих правоохранительных органов.

**Медсестры находятся под сильным и постоянным психологическим давлением, поскольку они особенно подвержены угрозе заражения SARS-CoV-2, и их одолевает страх за безопасность своего собственного здоровья, своих близких членов семьи и своих пациентов (Joo & Liu, 2021). В этих условиях медсестры испытывают серьезные психологические и психические проблемы, которые могут привести к выгоранию, а затем к снижению работоспособности, ошибкам в клинических условиях и невнимательности при обращении с пациентами (Al Maqbali et al., 2021; Rappa et al., 2020; Салари и др., 2020). Поскольку во всем мире бушует вторая волна COVID-19, медицинские учреждения с измученными медицинскими сестрами являются наихудшим сценарием для противостояния пандемии [15].**

Максимальное количество баллов по шкале - 50 и обозначает тяжелый уровень дистресса; минимальное -10 и обозначает отсутствие дистресса.

В группе в целом средний показатель по шкале Кесслера – 20  
Минимальный показатель – 10, максимальный – 49.

Женщины – среднее 22,42  
Врачи 22,3  
СМП 22,4

Мужчины – среднее 15,5  
Врачи 14,5  
СМП 16,7

Сразу можно отметить, что уровень

дистресса у мужчин вне зависимости от образования и специальности ниже, чем у женщин. А у специалистов с высшим образованием уровень дистресса ниже, чем у специалистов со средним образованием.

### Методика диагностики уровня профессионального выгорания Маслач

В большинстве случаев профессиональное выгорание представляется как деструктивный процесс потери профессиональной эффективности, снижения коммуникативных качеств и развития нервно-психической дезадаптации вплоть до необратимых изменений личности. Причиной профессионального выгорания являются как неудовлетворительные условия работы, так и индивидуальные особенности личности работника. Наиболее тяжелой является работа, предполагающая эмоциональный контакт с людьми в качестве обязательной составляющей производственного процесса, например, профессия учителя, менеджера, врача, следователя и т.д.

Можно выделить две основных теоретических структуры синдрома эмоционального выгорания: первая представляет выгорание как синдром, состоящий из нескольких симптомов разной степени выраженности; вторая представляет выгорание как процесс, а индивида - находящимся на одной из его стадий.

### Внутренняя структура

Опросник состоит из 22 пунктов, по которым возможно вычисление значений 3-х шкал: «Эмоциональное истощение», «Деперсонализация», «Редукция профессиональных достижений».



«Эмоциональное истощение» проявляется в переживаниях сниженного эмоционального тонуса, повышенной психической истощаемости и аффективной лабильности, утраты интереса и позитивных чувств к окружающим, ощущении «пресыщенности» работой, неудовлетворенностью жизнью в целом. В контексте синдрома перегорания «деперсонализация» предполагает формирование особых, деструктивных взаимоотношений с окружающими людьми.

«Деперсонализация» проявляется в эмоциональном отстранении и безразличии, формальном выполнении профессиональных обязанностей без личностной включенности и сопереживания, а в отдельных случаях – в негативизме и циничном отношении. На поведенческом уровне «деперсонализация» проявляется в высокомерном поведении, использовании профессионального сленга, юмора, ярлыков.

«Редукция профессиональных достижений» отражает степень удовлетворенности медицинского работника собой как личностью и как профессионалом. Неудовлетворительное значение этого показателя отражает тенденцию к негативной оценке своей компетентности и продуктивности и, как следствие, - снижение профессиональной мотивации, нарастание негативизма в отношении служебных обязанностей, тенденцию к снятию с себя ответственности, к изоляции от окружающих, отстраненность и неучастие, избегание работы сначала психологически, а затем физически. Результаты исследования представлены в таблице 1.

**Уровни выгорания оцениваются по следующим критериям:**

<b>Шкала эмоциональное истощение</b>	<b>Деперсонализация</b>	<b>Редукция профессионализма</b>
Низкий уровень – от 0 до 15 баллов	Низкий уровень – от 0 до 5 баллов	Низкий уровень – 37 баллов и больше
Средний уровень от 16 до 24 баллов	Средний уровень от 6 до 10 баллов	Средний уровень от 31 до 36 баллов
Высокий уровень от 25 баллов и выше	Высокий уровень от 11 баллов и выше.	Высокий уровень 30 баллов и меньше

Таблица 1.

	<b>Эмоциональное истощение</b>	<b>Деперсонализация</b>	<b>Редукция профессионализма</b>
Мужчины (вся выборка)	15,5 (средний уровень)	7,2 (средний уровень)	31 (средний уровень)
Женщины (вся выборка)	17,5 (средний уровень)	9,7 (средний уровень)	33,6 (средний уровень)
Врачи (вся выборка)	14,1 (низкий уровень)	6,9 (средний уровень)	32,7 (средний уровень)
СМП (вся выборка)	18,7 (средний уровень)	10,2 (высокий уровень)	32,5 (средний уровень)
Врачи (мужчины)	12,1 (средний уровень)	4 (низкий уровень)	30,6 (средний уровень)
СМП (мужчины)	19,2 (средний уровень)	10,8 (высокий уровень)	31 (средний уровень)
Врачи (женщины)	15,6 (средний уровень)	9,1 (средний уровень)	34,4 (средний уровень)
СМП (женщины)	18,6 (средний уровень)	10,3 (высокий уровень)	33,1 (средний уровень)

В целом выраженность эмоционального выгорания выше у среднего медицинского персонала, и у женщин он выше, чем у мужчин. Весьма тревожным знаком представляется высокий уровень такого показателя, как деперсонализация. Это может проявляться в эмоциональном отстранении и безразличии, формальном выполнении профессиональных обязанностей без личностной включенности и сопереживания, а в отдельных случаях – в негативизме и циничном отношении. На поведенческом уровне «деперсонализация» проявляется в высокомерном поведении, использовании профессионального сленга, юмора, ярлыков.

## **Выводы**

Исследование эмоционально-волевой сферы медицинских работников «красной зоны» экспериментально подтвердило гипотезу о том, что работа в условиях «красной зоны» приводит к выраженному профессиональному выгоранию и формированию высокого уровня психологического дистресса.

Это может не только негативно сказываться на профессиональной деятельности, но и в целом на психологическом и соматическом здоровье профессионала, что влечет за собой не просто личностные и профессиональные трудности для конкретного человека, но и в целом наносит экономический ущерб системе здравоохранения в целом.

### **Пути решения проблемы**

Одним из необходимых условий повышения стрессоустойчивости медицинских сестер и врачей является повышение у них вовлеченности в профессию. Это можно решить через участие в работы профессиональных сообществ, регулярное повышение квалификации и участие в конкурсах профессионального мастерства.

Так же необходимо создать систему доступной профессиональной психологической помощи. Проведение регулярных консультативно-диагностических мероприятий (психологическая консультация, тренинги). Необходимо создание условий для поддержания физического и психологического здоровья сотрудников, что возможно через создание групп здоровья (проведение занятий лечебной и адаптивной физической культурой, обучение приемам восстановления и релаксации и др).

---

### **Список использованной литературы**

1. Абрамова Г.С., Юдчиц Ю.Л. Психология в медицине. М.: Кафедра-М, 1998.
2. Бойко В.В. Энергия эмоций в общении: взгляд на себя и на других. М., 1996.
3. Водопьянова Н.Е., Старченкова Е.С. Синдром выгорания: диагностика и профилактика. - СПб, Питер, 2005
4. Девличарова Р.Ю., Засыпкина Е.В. Риски здоровьесбережения среднего медицинского персонала онкологических отделений // БМИК. 2016. №6.
5. Ильин Е.П. Дифференциальная психология профессиональной деятельности. СПб, Питер, 2008
6. Ильин Е. П. Мотивация и мотивы. – СПб.: Питер, 2000
7. Леонова И.С., Захарова Л.Н., Леонова Е.С. Стресс, самооценка здоровья и социально-психологический возраст женского персонала: организационно-культурный аспект // НОМОТНЕТИКА: Философия. Социология. Право. 2020. №2.
8. Малеева Н.П., Павленко Т.Н. и соавт. Формирование синдрома эмоционального выгорания у медицинских сестер различного профиля // Здоровье и образование в XXI веке. 2019. №5.
9. Монгуш Ч. Н., Доспан-Оол С. С. Профессиональное выгорание медицинских сестер // Вестник Тувинского государственного университета. Педагогические науки. 2021. №4 (87).
10. Перевезенцева Н. Л., Нестеренко О. Б. Влияние синдрома эмоционального выгорания медицинских сестёр на качество оказания медицинской помощи // Вестник Костромского государственного университета. Серия: Педагогика. Психология. Социокинетика. 2019. №
11. Селье Г. Стресс без дистресса. Рига: Внeda, 1992.
12. Чигарева И.А. Профилактика синдрома профессионального выгорания среди среднего медицинского персонала и врачей анестезиологов реаниматологов // FORCIPE. 2019. № Приложение.
13. Kessler RC, Andrews G, et al. Short screening scales to monitor population prevalences and trends in non-specific Psychological Distress // Psychological Medicine 32(6):959-76 September 2002
14. Международная классификация болезней 10 пересмотра. Режим доступа: <https://mkb-10.com/>
15. Galanis P, Vraka I, Fragkou D, Bilali A, Kaitelidou D. Nurses' burnout and associated risk factors during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. J Adv Nurs. 2021 Aug;77(8):3286-3302. doi: 10.1111/jan.14839. Epub 2021 Mar 25. PMID: 33764561; PMCID: PMC8250618.

**СТОМИРОВАННЫЕ ПАЦИЕНТЫ: НАСТОЯЩЕЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ***Цуцунава М.Р., Подопризора Г.М., Аристидова С.Н.*

ФГБОУ ВО «СЗ ГМУ им.И.И.Мечникова»

**Аннотация**

В последние годы во всем мире наблюдается значительный рост числа людей, перенесших операции на кишечнике с наложением стомы. Людей со стомой ждет новая жизнь с измененной функцией кишечника и имиджем тела. Сестринский уход играет решающую роль в обеспечении качества жизни пациентов со стомой, так как отсутствие сестринского ухода может увеличить риск развития осложнений. Роль квалифицированного сестринского ухода в реабилитации стомированных больных остается недостаточно освещенной с учетом ситуации роста численности пациентов с кишечной стомой.

В данной статье рассмотрены такие вопросы как основные факторы, влияющие на качество жизни пациентов, факторы, препятствующие процессу адаптации пациента, роль квалифицированного медицинского ухода в реабилитации стомированных больных.

*Ключевые слова:* стома, реабилитация, адаптация, сестринский уход за стомой

**Abstract**

In the recent years, a number of the people who experienced intestinal surgery led to the stoma has increased significantly worldwide. People with a stoma face with a new life with altered bowel function and body image. Nursing care plays a critical role in ensuring the quality of the patients with a stoma life, as a lack of the nursing care can increase the risk of complications. The role of skilled nursing care in the rehabilitation of the patients with a stoma remains underreported given the growing population of those.

This article considers the main factors influencing the quality of the patients life, factors impeding the patient adaptation process, the role of the skilled nursing care in the rehabilitation of the patients with a stoma.

*Key words:* stoma, rehabilitation, adaptation, nursing for stoma

В последние годы во всем мире наблюдается значительный рост числа людей, перенесших операции на кишечнике с наложением стомы. По данным ВОЗ в каждой стране их количество составляет 0,05% – 0,1% от численности населения.

Стома - искусственное отверстие, создающее сообщение между полостью любого органа и окружающей средой. Стома обычно накладывается путем извлечения толстой кишки, прямой кишки, подвздошной кишки или мочевого пузыря или части каждого из них на поверхность живота, что может привести к невозможности контролировать поток стула и мочи из стомы.

В клинической практике существуют различные причины для создания стомы. Наиболее распространенной является колоректальный рак, который является вторым наиболее распространенным типом рака у женщин и третьим по распространенности типом рака у мужчин.

В дополнение к колоректальному раку основной причиной для формирования стомы являются рак мочевого пузыря, язвенный колит и воспалительное заболевание кишечника. Осложнения стомы включают кровотечение из стомы, раздражающий дерматит вокруг стомы, ретракцию стомы, недержание мочи, выпадение слизистой оболочки стомы, фекальный дерматит, инфицирование стомы и грибковую инфекцию, парастомальную грыжу и стеноз и т. д. [10]

Людей со стомой ждет новая жизнь с измененной функцией кишечника и имиджем тела. Это означает глубокие изменения в жизни человека, которые влияют на ее качество.

В целом на качество жизни оказывают влияние такие факторы, как тип стомы (временная/постоянная), изменения в питании, депрессия, изменение стиля одежды [15]. При этом, как показало одно из исследований, у пациентов, за стомой которых ухаживали другие, показатели качества жизни были значительно ниже, чем у тех, кто ухаживал за стомами самостоятельно [11].

Работа Аверьяновой С.В. и соавт., в которой изучалось качество жизни 41 женщины после брюшно-промежностной экстирпации (БПЭ) прямой кишки с наложением стомы или передней резекции прямой кишки, показала, что у всех женщин в течение недели после операции показатели качества жизни снижаются, в большей степени после БПЭ прямой кишки. У больных со стомой через месяц после операции показатели ролевого функционирования, обусловленные физическим и эмоциональным состоянием, не восстанавливаются и продолжают прогрессивно снижаться [1].

Среди показателей качества жизни пациентов со стомой наиболее прямым индикатором состояния стомы является шкала оценки качества жизни со стомой. Сестринский уход играет решающую роль в обеспечении качества жизни пациентов со стомой, так как отсутствие сестринской помощи может привести к увеличению риска развития осложнений.

### **Проблемы адаптации**

Стомированные пациенты обычно сталкиваются с проблемами физической, психологической и социальной адаптации. Анализ наблюдений за реакциями пациентов, перенесших калечащее хирургическое вмешательство, показал, что и мужчины, и женщины разных возрастов одинаково обеспокоены приобретенными физическими недостатками. Многие пациенты отрицают то, что видимое отличие каким-то образом повлияет на их будущее личностное и социальное функционирование.

Большинство психосоциальных проблем включают болезненное восприятие нового имиджа тела или дефицит самопринятия, неуважение к себе или склонность к самокритике, переживание чувства вины и стыда, депрессию, сексуальные проблемы и более низкую психосоциальную адаптацию [8]. При этом они ориентированы на поиск новых социальных контактов и развитие близких отношений, но предпочитают ограничиваться узким кругом значимых других и в целом избегают принимать ответственные решения в ситуации общения [7]. Взаимодействие с другими людьми в аналогичных ситуациях и обмен опытом в таких сложных областях, как имидж тела, сексуальность и социальная активность, может помочь пациентам справиться с их новой жизнью со стомой [13].

К основным факторам, препятствующим процессу адаптации пациентов со стомой кишечника, относятся заниженная самооценка, тревожность, искажение внутренней картины болезни, малая информированность в отношении заболевания. Одной из основных психологических проблем в этом ряду является нарушение телесной целостности в связи с имеющимся дефектом, а также потерей контроля над физиологическими функциями организма. В связи с этим своевременная и направленная психокоррекция представляется важной составляющей в системе комплексной реабилитации стомированных пациентов [2].

## **Роль квалифицированного медицинского ухода в реабилитации стомированных пациентов**

Успешная реабилитация пациента со стомой по месту жительства означает продолжение ухода, начатого в стационаре, и подготовку пациента к этому новому этапу жизни. Однако роль квалифицированного медицинского ухода в реабилитации стомированных больных остается недостаточно освещенной с учетом ситуации роста численности пациентов с кишечной стомой. Документально подтверждено, что переход из больницы домой зачастую становится трудным временем для пациента со стомой, и что многим пациентам в долгосрочной перспективе необходимы посещения на дому и постоянная поддержка со стороны участковой медсестры.

Как показали исследования, большинство стомированных пациентов нуждается в помощи специально обученной уходу за стомой медицинской сестры по вопросам реабилитации еще до операции и сразу после хирургического вмешательства. Отсутствие палатной, обученной уходу за стомой медицинской сестры и незнание ею стоматерапевтических стандартов снижает качество хирургической операции, ведет к таким негативным последствиям у пациента как осложнения стомы, психологические проблемы, низкое качество жизни [3].

Как показывает зарубежный опыт, во время клинического лечения следует предпринять согласованные усилия, направленные на то, чтобы побудить пациентов относиться к стоме положительно, и помочь пациенту и его семье принять стому и изменение имиджа, чтобы ускорить процесс адаптации и улучшить качество жизни. Медицинские работники должны уделять больше внимания пациентам с более низкими показателями приспособления к стоме [14]. Разговор о беспокойствах и опасениях, связанных с новой жизненной ситуацией, может облегчить страдания и уменьшить неуверенность.

Медсестры, работающие со стомами, и другие медицинские работники играют важную роль не только в уходе за пациентами, но и за супругами, и для улучшения послеоперационного консультирования и обучения требуется более глубокое понимание беспокойств и проблем, затрагивающих супругов [9]. Наиболее доступным и эффективным методом работы с пациентом и его семьей считается проведение занятий в "Школе стомированного пациента", основная цель которой - повышение информированности их и улучшение их адаптации к новому состоянию организма [5]. При организации работы школ можно учитывать и такие факторы прогнозирования социально-психологической устойчивости, как социальная поддержка, позитивное самоотношение, высокое качество жизни, установка на конструктивное решение проблемы, оптимистичность [6], о которых должна знать и медицинская сестра.

### **Экспериментальное сестринское вмешательство**

В прошлом рутинное сестринское вмешательство играло решающую роль в реабилитации пациентов. Как правило, рутинное сестринское вмешательство включает в себя выбор приспособлений для мочевого приемника, инструкции по лечению, санитарное просвещение, управление диетой, управление симптомами, наблюдение за положением тела, послеоперационный уход и амбулаторное наблюдение. Рутинный сестринский уход обычно основан на стационарном уходе, однако в последние годы произошел прогресс в области сестринского ухода.

Экспериментальное сестринское вмешательство включает любую нетипичную сестринскую помощь, среди которых холистическая помощь семье в больнице, основанная на динамической теории «подходящий момент», пакет непрерывного ухода, основанный на доказательной медицине, для определенной группы пациентов с высокой комплаентностью, вмешательство по уходу на дому на основе модели убеждений в отношении здоровья для повышения мотивации и содействия инициативам, вмешательство по уходу на дому, телеконсуль-

тация на основе теории социального обучения для повышения самоэффективности, многокомпонентное вмешательство под руководством медсестры, сестринское вмешательство в сочетании с ранней нутритивной поддержкой, сестринское вмешательство в отношении самоэффективности (непосредственный опыт, альтернативный опыт, вербальное убеждение, социальная и психологическая поддержка и корректировка вмешательств в соответствии с отзывами пациентов), мобильное приложение «Уход на дому» и мультимедийное обучение уходу за больными. Экспериментальное сестринское вмешательство обычно не ограничивается больницей и, как правило, основано на модели сестринского ухода на дому или по месту жительства.

Экспериментальное сестринское вмешательство должно стать тенденцией в оказании сестринской помощи пациентам со стомой и улучшении качества их жизни [10].

Таким образом, на примере стомированных пациентов отражаются все недостатки современной реабилитационной помощи, когда она представлена в изолированном, не связанном друг с другом виде – медицинской или социальной модели. В реабилитации стомированных людей, в первую очередь, необходимо обеспечить их высококачественными средствами ухода за стомой или, так называемыми, техническими средствами реабилитации медицинского назначения (кало-, мочеприемными устройствами). Это позволит адаптировать пациента к новому состоянию организма и даст ощущение надежности и защищенности. Без решения физиологических проблем ни о какой психологической и, тем более, социальной адаптации, не может быть и речи. Для того чтобы индивид мог функционировать в обществе и не нуждаться в социальной защите, то есть для достижения конечной цели реабилитации – интеграции индивида в общество, необходимы меры воздействия на все факторы, препятствующие социальному функционированию индивида, а именно:

## НАУЧНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

**Цель исследования** - разработка и апробация шкалы оценки качества жизни со стомой.

**Методы:** изначально вопросы для анкеты были предложены экспертами по контенту. После этого были проведены фокус-группы с участием пациентов, чтобы убедиться, что все важные вопросы, связанные со стомой, включены в анкету. Ответы пилотных групп позволили остановиться на анкете из 21 вопроса.

Представлены три шкалы: работа/социальная функция (6 пунктов), сексуальность/ имидж тела (5 пунктов) и функция стомы (6 пунктов). Кроме того, один пункт (оцениваемый отдельно) измеряет финансовый аспект, один — раздражение кожи, а два — общую удовлетворенность.

На вопросы ответили 100 пациентов со стомой, повторное анкетирование проведено через три недели.

**Результаты.** Шкалы позволили провести различие между пациентами с лучшим и худшим качеством жизни после формирования стомы. Шкалы оценки качества жизни со стомой значительно коррелировали с показателями по комбинированной шкале физического и психического здоровья SF-12.

**Выводы.** Шкала оценки качества жизни со стомой демонстрирует приемлемые психометрические свойства для измерения качества жизни пациентов со стомами. Необходимы дальнейшие исследования для усовершенствования инструмента.

*Источник:* Baxter NN, Novotny PJ, et al. A stoma quality of life scale. Dis Colon Rectum. 2006 Feb;49(2):205-12. doi: 10.1007/s10350-005-0275-6. PMID: 16392025.

устранение коммуникативных, психологических барьеров, изменение социальной политики, общественного мнения, воздействие на внешнюю среду, социальное окружение и т.д.

Стоит отметить, что роль медицинской сестры в лечебном процессе пациентов со стомами постоянно развивается и возрастает. Медсестры, которые могут быть вовлечены в уход за пациентами со стомой, должны иметь представление о причинах формирования стомы, а также о типах стомы и доступных приспособлениях, чтобы они могли обучать и поддерживать пациентов и развеивать любые опасения.

Качественное обучение пациентов тому, как ухаживать за стомой, улучшает результаты лечения пациентов и повышает качество ухода и его эффективность. Необходимы посещения на дому, чтобы помогать людям со стомой, поскольку они часто чувствуют себя стигматизированными и, вполне вероятно, отказываются от социальной деятельности.

Помощь по месту жительства часто является самым слабым звеном в реабилитации, необходима плодотворная командная работа и сотрудничество между медсестрами, специализирующимися на уходе за стомами, и участковыми медсестрами [12]. Также важно, чтобы врач общей практики, участковая медсестра и другие соответствующие социальные службы были задействованы с целью обеспечить сплоченный подход к уходу за пациентами на дому.

### Список использованной литературы:

1. Аверьянова С.В., Барденштейн Л.М. и соавт. Качество жизни женщин, оперированных по поводу рака прямой кишки // Онкологическая колопроктология. 2013. № 2. С. 35-39
2. Дейнека Н.В. Психологическая реабилитация пациентов со стомой кишечника. Интегративный подход // Известия Самарского научного центра Российской академии наук. 2010. №5. С. 113-117.
3. Назарова Д.А. Исследование, анализ и разработка практических рекомендаций при сестринском уходе за пациентами с кишечными стомами // Вестник Российского университета дружбы народов 2017 Т. 21, № 3
4. Суханов В.Г. Социальная недостаточность стомированных инвалидов // Социологический журнал. 2015. Т. 21. № 1. С. 66–77
5. Суханов В.Г. Стомированные инвалиды как группы эксклюзии // Социологические исследования. 2011. № 4. С. 97—102.
6. Фаустова А.Г., Мерцалов С.А. Исследование социально-психологической устойчивости пациентов после калечащего хирургического вмешательства // Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие. 2013. № 3. С. 94-111.
7. Фаустова А.Г. Характеристики системы отношений пациентов с кишечной стомой // Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие. 2019. Т. 7. № 1 (24)
8. Ayaz-Alkaya S. Overview of psychosocial problems in individuals with stoma: A review of literature. *Int Wound J.* 2019 Feb;16(1):243-249. doi: 10.1111/iwj.13018. Epub 2018 Nov 4. PMID: 30392194; PMCID: PMC7948730.
9. Danielsen AK, Burcharth J, Rosenberg J. Spouses of patients with a stoma lack information and support and are restricted in their social and sexual life: a systematic review. *Int J Colorectal Dis.* 2013 Dec;28(12):1603-12. doi: 10.1007/s00384-013-1749-y. Epub 2013 Jul 31. PMID: 23900653.
10. Guo Y, Zhang Y, et al. The comparison between experimental nursing and routine nursing interventions on the quality of life of stoma patients: A systematic review and meta-analysis. *Int Wound J.* 2023 Mar;20(3):861-870. doi: 10.1111/iwj.13926. Epub 2022 Sep 6. PMID: 36065789; PMCID: PMC9927888.
11. Liu H, Zhu X, Yu J, et al. The Quality of Life of Patients with Colorectal Cancer and a Stoma in China: A Quantitative Cross-sectional Study. *Adv Skin Wound Care.* 2021 Jun 1;34(6):302-307. doi: 10.1097/01.ASW.0000744348.32773.b9. PMID: 33979818.
12. O'Flynn SK. Care of the stoma: complications and treatments. *Br J Community Nurs.* 2018 Aug 2;23(8):382-387. doi: 10.12968/bjcn.2018.23.8.382. PMID: 30063389.
13. Petersén C, Carlsson E. Life with a stoma-coping with daily life: Experiences from focus group interviews. *J Clin Nurs.* 2021 Aug;30(15-16):2309-2319. doi: 10.1111/jocn.15769. Epub 2021 Apr 7. PMID: 33829581.
14. Zhang Y, Xian H, et al. Relationship between psychosocial adaptation and health-related quality of life of patients with stoma: A descriptive, cross-sectional study. *J Clin Nurs.* 2019 Aug;28(15-16):2880-2888. doi: 10.1111/jocn.14876. Epub 2019 May 5. PMID: 30939212.
15. Zewude WC, Derese T, et al. Quality of Life in Patients Living with Stoma. *Ethiop J Health Sci.* 2021 Sep;31(5):993-1000. doi: 10.4314/ejhs.v31i5.11. PMID: 35221616; PMCID: PMC8843156

## ЗАРУБЕЖНЫЕ ПУБЛИКАЦИИ

### ДОКАЗАТЕЛЬНАЯ МЕДИЦИНА – ОБ ОБЕЗБОЛИВАНИИ В ПЕДИАТРИИ (пер. с англ.)

#### Аннотация

Пациенты в педиатрическом отделении часто подвергаются болезненным процедурам, которые являются дополнительным источником дистресса, беспокойства и боли. Боль у детей, сопряженная с процедурой, часто недооценивается и игнорируется из-за различных мифов, убеждений и трудностей, связанных с ее оценкой и лечением. Тем не менее, она сильно отличается от других источников боли и ее можно предотвратить.

В данной статье обсуждаются известные инструменты для оценки боли у детей разного возраста, особенности предпроцедурной подготовки пациента, а также научно-доказанные немедикаментозные средства.

#### ОЦЕНКА БОЛИ И СТРАТЕГИИ ОЦЕНКИ

Первым шагом к эффективному уменьшению боли является первоначальная оценка боли и дистресса. В помощь врачам для понимания боли у детей разного возраста были разработаны различные шкалы.

Оценка острой боли у ребенка чрезвычайно сложна. Следует учитывать различия в возрасте и поле детей, уровне развития и общения, различные темпераменты, индивидуальное клиническое состояние и личную реакцию на болевой раздражитель. Кроме того, необходимо учитывать предыдущий опыт, связанный с первичной медико-санитарной помощью и/или больничными учреждениями.

Дополнительным препятствием для оптимального контроля боли могут быть преувеличенные опасения по поводу обезболивающих препаратов и методов их применения. Это приводит к более низким дозам болеутоляющих средств как в домашних условиях, так и в стационаре. Более того, это может помешать назначению адекватной анальгезии во время болезненных процедур. При этом, на родителей может повлиять дистресс их детей, или наоборот, стрессовое состояние родителей может усилить дистресс и боль у детей.

#### Стратегии оценки боли

Эффективная оценка боли является начальным шагом, способствующим предотвращению боли и/или раннему распознаванию, ведущему к эффективному лечению боли. Существует три основных способа оценки боли у педиатрической популяции: самоотчет, наблюдение/поведенческий и физиологический.

Самоотчет считается золотым стандартом. Однако его актуальность напрямую коррелирует с возрастом, развитием и коммуникативными навыками ребенка. В некоторых случаях это может привести к субъективным реакциям, когда следует исключить факт манипулирования болью. Наблюдение/поведенческий подход можно использовать, когда боль и дистресс, связанный с болью, нельзя разделить (например, плач или крик могут быть зависимы от боли и/или страха). Дети старшего возраста часто демонстрируют поведение, указывающее на боль. Однако их самоотчеты о боли не всегда коррелируют с их поведением.

Наблюдение родителей/опекунов и отчеты о боли имеют большое значение. Людей отличает то, как они реагируют на боль и выражают ее. Таким образом, опекуны должны описать, как ребенок обычно ведет себя, когда ему больно. Тем не менее, данный подход не всегда



можно использовать в клинической практике, поскольку он может отражать личность родителей/опекунов, индивидуальное восприятие, культуру и убеждения.

Физиологические параметры, такие как частота сердечных сокращений, артериальное давление, частота дыхания, насыщение кислородом или уровень кортизола в слюне, являются косвенными показателями боли. Эти измерения нельзя использовать изолированно. Более того, они сильно отличаются в возрастной группе от 0 до 3 лет.

Анализ различия между оценкой боли пациентом, родителем и врачом у детей в возрасте 3–15 лет показал, что врачи значительно недооценили боль у детей по сравнению с родителями и самими пациентами. Врачи, вероятно, предположили, что реакция пациента на боль не соответствовала его состоянию здоровья. Кроме того, оценка боли врачами улучшалась с увеличением степени боли. Однако только 42% детей с выраженной болью получали обезболивающие препараты.

## **ИНСТРУМЕНТЫ ДЛЯ ОЦЕНКИ БОЛИ**

Существует множество различных инструментов для оценки боли, однако не все из них используются должным образом или своевременно. Ниже описаны наиболее часто используемые в соответствии с возрастом инструменты. Однако не обсуждаются шкалы для детей с особыми потребностями, такими как когнитивные нарушения и т. д.

**Шкала для оценки боли у новорожденных (NIPS) рекомендуется в отношении пациентов до 1 года.** Медицинский работник оценивает выражение лица, характер плача, дыхание, положение рук и ног, настороженность ребенка. Максимальное количество баллов — 7. Если пациент набирает более 3 баллов, медсестра или врач должны интерпретировать это как боль у новорожденного или ребенка.

**Шкала FLACC** (включает оценку категорий «Лицо», «Ноги», «Активность», «Плач» и «Утешение»). Рекомендуется для оценки боли у детей от 2 месяцев до 7 лет. Оценку следует проводить не менее чем через 5 минут после пробуждения и через 1–5 минут, если пациент был активен. Баллы от 1 до 3 свидетельствуют о легком дискомфорте, от 4 до 6 — о средней боли, от 7 и выше — о сильном дискомфорте и/или сильной боли; максимальное количество баллов — 10.

**Шкала в лицах (FPS-R)** может использоваться для оценки боли у детей в возрасте от 4 до 16 лет. Ребенку показываются лица, выражающие определенную степень боли. Ребенка просят показать изображение лица, которое лучше всего отображает его/ее боль. Каждой грани соответствует определенное число баллов (0, 2, 4, 6, 8, 10).

**Визуальная аналоговая шкала (ВАШ):** это простой и распространенный метод, не требующий дополнительных инструментов и длительного наблюдения за пациентом. Однако ее можно использовать только в отношении детей старшего возраста, начиная с 7-8 лет. При использовании ВАШ медицинский работник показывает линию длиной 10 см, один конец означает отсутствие боли, другой - нестерпимую боль. Пациент должен показать точку на шкале, которая лучше всего соответствует его/ее боли. Оценка по ВАШ измеряется в миллиметрах или сантиметрах. В отношении детей четких пороговых значений, представляющих слабую, умеренную или сильную боль, нет, поэтому иногда бывает трудно измерить интенсивность боли и определить, какое лечение следует назначить. Одна из предлагаемых интерпретаций ВАШ - оценивать 0–4 мм по шкале как отсутствие боли, 5–44 мм как слабую боль, 45–74 мм как умеренную боль и 75–100 мм как сильную боль.

**Цветовая аналоговая шкала (CAS):** от шкалы ВАШ отличается тем, что на 10-сантиметровой линейке изображены цветовые градиенты. Ребенку объясняют, какой цвет означает сильную боль и какой - слабую. Цвета могут помочь ребенку дать более правильный ответ. Измерения также производят в миллиметрах или сантиметрах. Дети в возрасте 4–16 лет предпочитают анимированные шкалы, поскольку ими проще пользоваться.

## **ОСТРАЯ ПРОЦЕДУРНАЯ БОЛЬ И ТРЕВОГА: СЛОЖНАЯ ПРОБЛЕМА**

Процедуры представляют собой один из наиболее частых источников острого болевого раздражителя у ребенка. Исследования показали, что до 80% пациентов подвергаются болезненным диагностическим процедурам, таким как венепункция, внутривенная инфузия, забор крови, уколы, очищение ротовой полости и носа, удаление пластыря или забор мочи. Болезненные процедуры, как правило, неожиданные, поэтому они усиливают стресс и беспокойство, связанные с больницей, что приводит к неприятным переживаниям и плохим воспоминаниям, связанным с медицинскими условиями, которые могут неблагоприятно повлиять на результаты процедуры. Это может дополнительно повлиять на посещение врача в будущем и усилить страхи пациента. Простая мысль о посещении больничных учреждений может дополнительно вызвать стресс у ребенка.

Процедурную боль, ведущую к беспокойству и страху, можно предотвратить или в значительной степени уменьшить. Однако многие вмешательства, инструменты и методы, основанные на фактических данных, по-прежнему недостаточно используются в детской популяции.

### **Предпроцедурная подготовка**

Одним из самых важных этапов является подготовка пациента или лиц, осуществляющих за ним уход. Информация о процедуре должна соответствовать возрасту и развитию.

Пациент должен быть ознакомлен как с сенсорными, так и с процедурными ожиданиями. Медицинский персонал должен объяснить, что он будет делать, а также рассказать об ощущениях (например, «Вы можете почувствовать холодную и влажную подушечку, пока я протираю вашу руку антисептиком»). Для большей наглядности процедуру можно показать на кукле, плюшевом мишке или манекене. Следует поощрять детей/подростков или опекунов задавать вопросы и уточнять информацию на любом этапе процедуры. Дети 7–11 лет уже могут определять свои собственные информационные потребности, поэтому им следует разрешать самим задавать вопросы. Детям можно предоставить выбор, но не контроль над процедурой. Его или ее, а также родителей или опекунов можно научить справляться со своими чувствами и поощрять положительные эмоции и поведение.

Для подростков характерно стремление к минимизации или отрицанию боли. Крайне важна конфиденциальность. Подросткам должна быть предоставлена возможность решать, привлекать родителей или нет, а также свобода контролировать свои чувства и стресс при болезненных обстоятельствах.

### **РОЛЬ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА**

Большое значение имеет и специальная подготовка медицинского персонала. Чтобы извлечь максимум пользы, участвовать должны все - врачи, медсестры, друзья и игровые терапевты. Предыдущий опыт, личность и предпочтения в отношении анальгетиков также следует учитывать при подготовке к процедуре. Медицинский персонал должен иметь достаточные знания и опыт в распознавании боли, в подготовке к процедуре и методах, которые будут применяться для уменьшения процедурной боли и беспокойства. Следует контролировать клиническую эффективность и возможное ухудшение, а нежелательные явления следует распознавать и лечить незамедлительно.

Настоятельно рекомендуется иметь на отделениях высококвалифицированный персонал, владеющий психологическими техниками, например, игровой терапией. Потребность в обезболивании должна оцениваться на протяжении всей процедуры, так как ее последние моменты могут определить, как ребенок запомнит ситуацию в целом. Более того, все процедуры должны быть заранее спланированы; сама процедура и этап «после процедуры» должны быть оптимизированы с учетом психологического контекста.

**Язык медицинского персонала** является еще одним очень важным фактором, который может повлиять на опыт пациента. Содержание беседы должно быть хорошо продумано. Медицинскому персоналу следует избегать сложных медицинских фраз, так как это может напугать и сбить с толку детей. Подкуп или запугивание детей также не должны использоваться в стрессовой медицинской среде. Это может быть полезно в течение короткого периода времени; однако долгосрочных преимуществ не будет.

Медицинский персонал должен оставаться честным с ребенком. Обещания, которые невозможно сдержать, или ложь разрушают доверие и дружбу, сложившиеся между персоналом и ребенком. Некоторые примеры языка, которые следует использовать или избегать, приведены в Таблице 1.

**Таблица 1**  
**Примеры вербального общения с детьми, перенесшими болезненную процедуру**

<b>ЯЗЫК, КОТОРОГО СЛЕДУЕТ ИЗБЕГАТЬ</b>	<b>РЕКОМЕНДУЕМЫЙ ЯЗЫК</b>
«Не плачь» / «Не веди себя как ребенок» / «Нечего бояться»	Поощрение: «Ты такой смелый» / «Я горжусь тобой» / «Молодец»
«Если ты не будешь слушаться, я возьму твою кровь» / «Медсестра так сильно причиняет тебе боль, бедный ребенок»	Объяснение: «Лекарство подействует лучше, если мы введем его в вену» / «Это поможет тебе почувствовать себя лучше»
«Все будет сделано в ближайшее время»	Быть ясным и конкретным: «Это займет столько же времени, сколько твой любимый мультфильм» / «Это будет быстрее, чем дорога домой»
«Будет больно» / «Ты ничего не почувствуешь»	Говорить правду: «Ты можешь почувствовать легкий щипок»
«Все будет хорошо» / «Скажи мне, когда будешь готов» / «Мне очень жаль»	Отвлекает: «Какой твой любимый фильм?» / «Как зовут твоего лучшего друга?»
Я обработаю твою руку антисептиком	Процедурная и сенсорная информация: «Ты можешь почувствовать холодную и влажную подушечку, пока я обрабатываю руку антисептиком».

### **НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ОБЕЗБОЛИВАНИЕ КАК ПРОФИЛАКТИКА ТРЕВОГИ**

Немедикаментозное обезболивание и связанное с ним управление стрессом и тревогой всегда должны стоять на первом месте, и его следует предлагать всем детям. Его следует применять до или вместе с фармакологическими методами лечения. Во-первых, необходимо признать, что некоторые обезболивающие препараты не рекомендуются или небезопасны для детей. Мидазолам и интраназальный фентанил являются одними из наиболее используемых препаратов. Наиболее распространенными показаниями являются вскрытие или дренирование абсцесса, заживление раны и внутривенное введение катетера или катетера Фолея. Несмотря на то, что доказана безопасность этих препаратов для детей в малых дозах, длительное применение может вызвать долгосрочные побочные эффекты. У недоношенных детей, неоднократно получавших мидазолам из-за болезненных процедур, наблюдались изменения роста и развития гиппокампа. Различные исследования показали ранние нейротоксические воздействия анальгетиков, приводящие к долгосрочным изменениям со стороны нервной системы.

Большинство немедикаментозных методов обезболивания и снятия беспокойства не имеют возрастных ограничений, они дешевы и легко доступны. Правильное и своевременное применение немедикаментозных методов или средств может снизить необходимую дозировку

обезболивающих средств, ограничить их побочные эффекты, а также ускорить выздоровление.

### **Техники обезболивания и возраст**

Существуют различные методы и техники, и они должны быть ориентированы на возраст и процедуры. Вместе со спокойной, комфортной и безопасной обстановкой, родителями и обученным персоналом могут использоваться различные подходы: методы и оборудование для отвлечения внимания, такие как глубокое дыхание, управляемые образы, музыка, iPad или гипноз; прогрессивное расслабление мышц; методы кожной стимуляции, такие как раздражение (например, холод, вибрация, давление); прикосновение или остановка мысли и внушение; сладкие растворы. Широко признано, что нейрокогнитивные пути, направленные на восприятие боли, могут быть нарушены, если внимание привлечено к какой-либо отвлекающей задаче. Эти задачи требуют преднамеренного использования когнитивных ресурсов, когда внимание добровольно перенаправляется на основные цели, а не на боль.

Техники отвлечения делятся на две группы: пассивные и активные, которые можно использовать по отдельности или комбинировать. Пассивные методики требуют участия медицинского персонала или родителей, тогда как активные методики предполагают участие самого пациента во время процедуры. Как активные, так и пассивные методы отвлечения по отдельности или в сочетании эффективны для уменьшения боли у детей во время стоматологических процедур. Обеспечение смотровых, обзорных и процедурных кабинетов простыми инструментами, такими как «мыльные пузыри», калейдоскопы или более сложными, такими как мультимедийные проекторы или аудиоплееры, может помочь обеспечить безопасную и комфортную среду для ребенка. При этом отмечено, что калейдоскопы значительно снижают боль и тревогу, вызванные венопункцией, у детей 7–11 лет.

Как терапевтический метод успокаивающее действие оказывает музыка. Существуют различные виды музыкальной терапии, например, активная или живая музыка, пассивная музыка или музыкальные клипы, которые можно использовать до или во время процедуры. Все эти методы продемонстрировали преимущества в уменьшении процедурной боли и беспокойства. Музыкальная терапия, в частности, уменьшает боль и тревогу у детей, перенесших люмбальную пункцию. Уменьшение боли и увеличение показателей успешной венопункции под влиянием музыкотерапии было доказано в ряде исследований.

Значительное облегчение боли приносили «мыльные пузыри». Простой разговор о друзьях пациента, о досуге, о любимых игрушках или фильмах также может существенно повлиять на уровень стресса и беспокойства. Для достижения наибольшего эффекта методы отвлечения следует выбирать с учетом возраста, уровня развития, а также когнитивных и коммуникативных навыки.

Методы отвлечения внимания у новорожденных и младенцев должны быть в основном пассивными. Обычно это визуальные или слуховые инструменты, такие как зеркала, картинки, мультфильмы, колыбельные или музыка. Одно из исследований, подтверждающих эффективность немедикаментозного обезболивания у новорожденных, показало, что соска, применяемая вместе с музыкальной терапией, уменьшала боль у новорожденных во время уколов в пятку. Кроме того, в ряде исследований продемонстрировано благотворное влияние перорального приема сахарозы на боль у новорожденных, вызванную процедурными болями, уколами в пятку, внутримышечными инъекциями и венопункциями. При этом пероральная сахароза уменьшает боль не только у доношенных, но и у недоношенных детей. Кроме того, грудное вскармливание во время прокола пятки обеспечивает даже лучшую анальгезию по сравнению с пероральным приемом сахарозы.

Метод «кенгуру» эффективен во время различных процедур, а также у доношенных и недоношенных новорожденных. Как известно, контакт «кожа к коже» уменьшает боль и сни-

жает возбуждение у новорожденных, перенесших укол в пятку. Маленькие дети и дошкольники лучше всего реагируют на активные техники, такие как пускание пузырей и занятия с игрушками, и пассивные техники, такие как беседа на отвлеченную тему, пение песен и чтение книг вместе с родителями или медицинским работником. Рекомендуется привлекать детей школьного возраста к принятию решения, связанного с процедурой. Если дать им возможности решать, хотят ли они сидеть или лежать, это может помочь им лучше контролировать стрессовую ситуацию.

Игра с мыльными пузырями, пение песен, использование техник релаксации, а также просмотр видео и телевидения или прослушивание музыки могут быть полезны и для детей школьного возраста. Конфиденциальность чрезвычайно важна для подростков, так как они могут скрывать или преувеличивать свои болевые ощущения в присутствии других. Им следует предоставить выбор собственной техники для отвлечения внимания. Разговоры на разные темы, видео, музыка и дыхательные техники могут быть полезны для уменьшения у них боли.

Во время таких процедур, как венепункция или уколы, можно использовать различные методы кожной стимуляции или противодействия раздражению. Это горячие или холодные аппликации, вибрация или поверхностный массаж. Массажная терапия улучшает кровообращение в мышцах и быстрее выводит шлаки из организма. Широко признан ее эффект облегчения боли при различных хронических состояниях, таких как ревматический артрит, рак или фибромиалгия. Однако его польза при острой процедурной боли до сих пор широко не проанализирована. В группе с дополнительным немедикаментозным методом лечения отмечено достоверное уменьшение болевого синдрома во время процедуры.

Изучение предварительного охлаждения мягких тканей перед введением местного анестетика показало уменьшение у детей дискомфорта и тревоги. Еще один метод кожной стимуляции – вибротерапия. Это - быстродействующий неинвазивный вариант, используемый для облегчения боли от легкой до умеренной. Охлаждающая вибрационная анальгезия представляет собой комбинацию холода и высокоинтенсивной вибрации, действующей как встречный стимул, влияющий на восприятие боли во время процедур, связанных с иглой.

(Источник: Pancekauskaitė G, Jankauskaitė L. Paediatric Pain Medicine: Pain Differences, Recognition and Coping Acute Procedural Pain in Paediatric Emergency Room. Medicina (Kaunas). 2018 Nov 27;54(6):94)

## ПРОО МРСП - ПРОВАЙДЕР ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ



Для участия в образовательных мероприятиях необходимо подать заявку в офис ПРОО МРСП по установленной форме. Все вопросы по тел. +79214175100 или по электронной почте: [2lishangel@rambler.ru](mailto:2lishangel@rambler.ru)

Наши вебинары слушают:

Пензенская область, Амурская область, Ульяновская область, Кировская область, Ханты-Мансийский автономный округ, Самарская область, Нижегородская область, Краснодарский край, Республика Саха, Ростовская область, Свердловская область, Московская область, Удмуртская Республика, Омская область, Тюменская область, Костромская область, Красноярский край, республика Татарстан, Тамбовская область, Кемеровская область, Республика Хакасия, Волгоградская область, Ставропольский край, Иркутская область, Томская область, Вологодская область, Архангельская область, Оренбургская область, Челябинская область

## МЫ ДОЛЖНЫ УМЕТЬ ПОСТАВИТЬ СЕБЯ НА МЕСТО ПАЦИЕНТА И ПОЧУВСТВОВАТЬ ТО, ЧТО ЧУВСТВУЮТ ОНИ

*Купцова И.В.*  
СПб ГГЦ

Городской гериатрический центр является ведущим учреждением по оказанию медицинской помощи жителям Санкт-Петербурга в возрасте старше 60 лет, а также лицам с признаками преждевременного старения. Он объединяет поликлинические и стационарные гериатрические подразделения Санкт-Петербурга. Центр является базовым учреждением СПб СЗ ГМУ им. И.И. Мечникова, медицинского факультета СПбГУ, медицинских колледжей. Опыт работы Центра служит основой для выработки административных решений в области медицинского обслуживания пожилых пациентов в масштабах города. С 2008 года работой учреждения руководит главный врач, доктор медицинских наук, заслуженный врач Российской Федерации Серпов Владимир Юрьевич.

Основные принципы работы, обусловившие специфическую структуру учреждения, — это преимущественно реабилитационный подход к лечению лиц пожилого возраста и усиление нестационарных форм помощи больным пожилого возраста. Целью гериатрической помощи, оказываемой в Центре, является продление периода активного образа жизни и повышение качества жизни в пожилом и старческом возрасте. Структура Центра принципиально соответствует городской многопрофильной больнице с акцентом на социальную поддержку пациентов.

В 2018 года в составе стационара появилось отделение «Центр респираторной поддержки» для оказания специализированной помощи пациентам, нуждающимся в респираторной поддержке, подбирают оборудование и питание. В основном, это пациенты с нейродегенеративными заболеваниями. Центр ориентирован на пациентов старше 60 лет. Исключение составляют пациенты паллиативно-онкологического и паллиативно-респираторного профиля. Это могут быть пациенты от 18 лет и старше.



### 2-е ОТДЕЛЕНИЕ - ХОСПИС

Отделение предназначено для оказания паллиативной медицинской помощи и медико-социальной реабилитации неизлечимых больных, имеющих существенное ограничение физических возможностей и нуждающиеся в интенсивной симптоматической терапии, психосоциальной помощи, длительном постороннем уходе в стационаре, а также в психологической поддержке родственников.

Отделение работает в следующих направлениях:

- 20 коек паллиативной онкологии, которая организована на базе хосписа, работающего в Центре с 1992 г., и оказывает паллиативную медицинскую помощь онкологическим больным поздних стадий в стационаре и на дому;

- 30 коек паллиативной соматической патологии, предназначенной для оказания специализированной помощи неизлечимым больным терапевтического профиля (заболевания органов кровообращения, нервной системы, опорно-двигательного аппарата и др.);

- 10 коек гериатрического профиля;

- 1 койка хирургического профиля.

Паллиативная онкологическая помощь оказывается в основном больным Адмиралтейского, Василеостровского и Центрального районов, но за помощью может обратиться любой житель Санкт-Петербурга в возрасте от 18 лет. Стационарную паллиативную помощь больным терапевтического профиля в отделении оказывают пациентам пожилого и старческого возраста (старше 60 лет), проживающим во всех районах Санкт-Петербурга.

Врачебный и сестринский состав: врач-онколог хирург – 1, врач-уролог – 1, врач-кардиолог – 1, врач-терапевт – 1, врач-невролог – 1, врач-психотерапевт – 1, врач-анестезиолог-реаниматолог – 1, врач-хирург – 1, врач-травматолог-ортопед – 1, медицинские сестры – 31.

Однако мы стараемся не только подобрать обезболивание, но с помощью ухода и реабилитации в полном смысле слова «поставить пациента на ноги». Для этого в нашем распоряжении следующие диагностические и консультативные возможности: массаж, фотохромотерапия, лазеромагнитотерапия, УФО и ЛО крови, теплолечение, ЛФК, логопед, когнитивная гимнастика занятия с психологом и психотерапевтом. В штате отделения врач ЛФК, массажист и инструктор по лечебной физкультуре.

Имея в своем штате хирурга, травматолога и невролога мы используем такие инвазивные способы обезболивания и операционные методы коррекции осложнений, как блокады, блокады под рентгенконтролем, торакоцентез, установка назогастрального зонда, гастростомия (в т.ч. эндоскопическая), некрэктомии, ампутации, диагностическая лапароскопия, трахеостомия.

Мы не оставляем своих пациентов без наблюдения после выписки из стационара, для этого работает отделение выездной патронажной медицинской помощи. в его структуру с 2018 года входят 2 бригады. Используя все ресурсы отделения, в т.ч. качество сестринского ухода и возможности стационара, мы достигли очень хороших результатов в реабилитации пациентов и продлении активного образа жизни.

С 2016 года процент смертности на отделении снизился на 30%. Благоприятному результату лечения способствует не только медикаментозная терапия, но и профессионализм сотрудников – все сотрудники полностью взаимозаменяемы.

### **Профилактика профессионального выгорания сотрудников**

В связи со спецификой отделения, этот вопрос для нас очень актуален. Администрация Центра и заведующий отделением очень серьезно относятся к решению данной проблемы. Одним из сотрудников отделения, закончившим медицинский колледж в 2021 г., была написана выпускная квалификационная работа по теме: «Проблема эмоционального выгорания у медицинских работников при работе с онкологическими больными разных возрастов». В рамках этой работы были проведено тестирование всех сотрудников нашего отделения. Полученные результаты позволили скорректировать проводимую работу в «правильном направлении».



Средний возраст сотрудников 35 лет. С коллективом отделения работает медицинский психолог нашего Центра. Она процитировала им высказывание профессора психотерапевта Виктора Викторовича Макарова: «Если говорить о состоявшихся профессионалах, то они не раз переживали кризис выгорания. Зрелый специалист обязан иметь в своей профессиональной биографии такие периоды. Они и есть вестники того, что человек созрел для роста, для развития, что в его жизнь и работу просятся изменения».

С целью психологической и физической разгрузки с разрешения администрации Центра сотрудники отделения

еженедельно посещают тренажерный зал, водолечебницу и кабинет релаксации, расположенные в отделении реабилитации. С большим удовольствием принимаем в гости специалистов из других учреждений для обмена опытом работы.

Как отметила Кристи Уотсон, писательница и автор книги «Язык милосердия. Воспоминания медсестры»: «Сестринское дело - это профессия, которая требует, чтобы вы каждый день отдавали часть своей души». «Важным качеством для медсестры является умение слушать и проявлять сочувствие. Для обеспечения лучшего ухода, вы должны быть в состоянии поставить себя на место пациента и чувствовать то, что чувствуют они».

Каждого проходящего на 2-е отделение хоспис встречает плакат, на котором написана очень значимая для наших сотрудников фраза: «Мы объединили людей, главная задача которых – помощь людям, и мы получаем истинное удовлетворение от своей любимой работы».

Именно благодаря нашей общей работе и помощи администрации Центра в рейтинге лучших государственных клиник Петербурга, оказывающих паллиативную медицинскую помощь, 2 отделение - хоспис СПб ГБУЗ «Городской гериатрический центр» в 2020 году заняло 2 место.

---

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ  
**«СПЕЦИАЛИСТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ»**  
2022, № 30

---

E-mail: [sp-zdrav2013@gmail.com](mailto:sp-zdrav2013@gmail.com)

Отпечатано с готового оригинал-макета  
ТИПОГРАФИЯ ООО «ГАЛАНИКА»  
г. Санкт-Петербург, ул. Правды, д. 15  
Тел.: (812) 670-56-88, [galanika@list.ru](mailto:galanika@list.ru), [www.galanika.com](http://www.galanika.com)