

2023, № 31

СПЕЦИАЛИСТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

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

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

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

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

Аристидова С.Н., зав.уч.ч., ассистент кафедры гериатрии, пропедевтики и управления в сестринской деятельности ФГБОУ «СЗГМУ 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 МРСР
amspiter.ru

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

Перевод отдельных разделов статей на английский язык является одним из требований международных классификаторов, в которых индексируются профессиональные журналы, что делает информацию об их наличии доступной для широкого круга читателей во всем мире

ISSN 2413-6271
2023, № 31

СПЕЦИАЛИСТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ®

ОТ РЕДАКЦИИ	3
ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ	
Цуцунава М.Р., Назарова А.К. ГОТОВНОСТЬ СТУДЕНТОВ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ «СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО» К ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ.....	4
Цуцунава М.Р., Ярошенко М.А, Трипутина К.И., Назарова А.В. ОТНОШЕНИЕ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА К ВАКЦИНАЦИИ ПРОТИВ COVID-1	8
ДИСКУССИЯ	
Цуцунава М.Р, Подопригора Г.М., Аристидова С.Н. ПОРА ПРИЗНАТЬ ПРОБЛЕМУ!	14
АНАЛИТИКА	
Лаптева Е.С., Цуцунава М.Р. КАДРОВЫЙ ДЕФИЦИТ В СЕСТРИНСКОМ ДЕЛЕ: ТОКСИЧНОСТЬ СРЕДЫ МЕНЯЕТ КОНЦЕПЦИЮ	20
НАУЧНО-ОБОСНОВАННАЯ ПРАКТИКА	
Беликова Т.В., Цуцунава М.Р. ИНСУЛИНОТЕРАПИЯ. ПЕРЕЗАГРУЗКА.....	27

Уважаемые коллеги!

В этом году нашему журналу исполняется 10 лет. За этот период мы старались неукоснительно следовать основным курсом - курсом продвижения сестринского дела путем выявления ее активных, хорошо образованных, высококвалифицированных профессионалов и привлечения этих специалистов, в частности, к участию в образовательных мероприятиях и в работе по освещению интересного опыта и его отражению в публикациях, путем развития общественного профессионального движения, охватывающего во все времена формирование ядра и авангарда профессии, как никто другой понимающего нужды и проблемы профессии, умеющего представить свое видение будущего профессии.

Кроме того, мы изучали историю сестринского дела советского периода (отчасти, с помощью студентов-бакалавров) и открыли немало интересных страниц, событий, фактов, дат, связанных с профессией, изучение которых помогает пониманию влияния социально-политических событий в стране на статус и развитие профессии и решению профессиональных проблем в настоящем. Мы искали и находили научные данные, необходимые для пересмотра традиционной практики и понимания необходимости ее изменения, а также для обновления (а иногда и «перезагрузки»!) мышления специалистов. Мы изучали и популяризировали передовой опыт медицинских учреждений в регионах нашей страны, где культивируются диктуемые временем современные взгляды и подходы к сестринскому делу и его представителям. Все это важно для авторитета профессии, для роста ее автономии, для ее привлекательности для будущих поколений медицинских сестер.

И сегодня мы выражаем глубокую благодарность тем, кто в разное время поддержал издание журнала, инициируемого медицинскими сестрами, и, в первую очередь, *Петровой Наталье Гурьевне*, доктору медицинских наук, профессору ПСПбГМУ им.акад.И.П.Павлова, которая поддержала идею учреждения сестринского журнала в нашем городе и оказала неоценимое содействие выходу в 2013 году первого номера журнала «Специалист здравоохранения».

И, конечно же, огромное спасибо нашим медицинским сестрам, которые являются членами ПРОО МРСП и, таким образом, помогают выпускать журнал, который по-своему продолжает вносить свой вклад в развитие профессии.

От редакции,

Цуцунова М.Р.

ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

ГОТОВНОСТЬ СТУДЕНТОВ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ «СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО» К ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Цуцунава М.Р., Назарова А.К.,

ФГБОУ СЗГМУ им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург

Аннотация

Приверженность профессии необходима для сокращения кадрового дефицита в сестринской профессии. Некоторые студенты-медсестры, как правило, чувствуют себя неуверенно, вступая в трудовую жизнь в качестве только что получившей диплом медсестры. В литературе по сестринскому делу указаны трудности, с которыми сталкиваются выпускники при выполнении своих обязанностей дипломированных медсестер. Формирование готовности выпускников к практической деятельности остается серьезной проблемой для преподавателей.

Цель исследования - оценить готовность студентов, обучающихся по специальности «Сестринское дело», к профессиональной деятельности.

Методом сбора данных было анкетирование.

Участники В исследовании приняли участие 21 студент 2, 3, 4 курса СЗГМУ им. Мечникова по направлению подготовки «Сестринское дело» (бакалавриат) и студенты 4 курса медицинского колледжа ПГУПС по специальности «Сестринское дело».

Результаты исследования показали, что преобладающее большинство студентов готовы работать по своей специальности и даже обладают лидерскими качествами, которые нужны для работы. Однако почти 30% студентов испытывают разочарование от будущей профессии и почти 25% уходят из профессии в косметологию.

Рекомендации Для формирования готовности студентов работать по специальности и нивелирования шокового состояния, которое обычно испытывают выпускники в переходный период от роли студента к роли дипломированной медсестры, учебным заведениям рекомендуется включить в образовательную программу специально разработанные тренинги.

Ключевые слова: студенты-бакалавры, сестринское дело, клиническая практика.

Abstract

Increased professional commitment is essential for relieving the nursing workforce shortage. Some nursing students tend to feel insecure about entering the workforce as a newly graduated nurse. The nursing literature indicates the difficulties new graduates face in fulfilling their responsibilities as registered nurses.

Objectives: to assess the nursing students' readiness for professional activities.

Methods: questionnaire

Participants: The study involved 21 students taking the 2nd, the 3rd, the 4th year levels at the North-West State Medical University named after Mechnikov (bachelor's degree in Nursing) and the 4th year students of the Medical College (diploma in "Nursing").

Findings: The vast majority of the students are willing to work as nurses and even have the leadership qualities needed for the job. However, almost 30% of students are disillusioned with their future profession and almost 25% leave the profession for cosmetology.

Key words: students' bachelors, nursing, clinical practice.

АКТУАЛЬНОСТЬ

Важным моментом в профессиональной жизни медицинской сестры является переходный период дипломированной медсестры от колледжа к профессиональной практике [2]. Во многих случаях этот период характеризуется нездоровыми физическими и психическими реакциями, потерей интереса к своей профессии, неприемлемым уходом [17]. Недавние выпускницы-медсестры часто определяют свою первоначальную профессиональную адаптацию с точки зрения вызываемых ею чувств тревоги, незащищенности, неадекватности и нестабильности [5]. Для развития профессиональной социализации студентов-медсестер крайне важна клиническая адаптация.

Формирование готовности к профессиональной деятельности является одной из компетенций, которые должны быть сформированы в рамках учебных дисциплин и клинических практик [5]. Эффективная клиническая практика дает студентам возможность применить теорию на практике, познакомиться со всеми тонкостями будущей работы, ожиданиями и научиться работать в команде, таким образом, нивелируя шок на этапе переходного периода. При этом руководители, педагоги и опытный персонал должны надлежащим образом поддерживать и облегчить эту профессиональную адаптацию [5].

Цель исследования - оценить готовность студентов по специальности «Сестринское дело» к профессиональной деятельности.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В данном исследовании был применен количественный подход. Количественные исследования позволяют получить мнения большого количества респондентов в структурированном виде, что позволяет обрабатывать данные статистическими методами и распространять результаты на всю популяцию. Такого рода исследования применяются, когда необходимы точные, надежные данные в цифровой форме по конкретному кругу проблем.

Методом сбора данных было анкетирование, для участников была разработана анонимная анкета в Гугл форме (google forms). Вопросы в анкете были нацелены на определение готовности студентов работать по специальности «Сестринское дело».

В исследовании приняли участие студенты 2, 3, 4 курса СЗГМУ им. Мечникова по направлению подготовки «Сестринское дело» (бакалавриат) и студенты 4 курса медицинского колледжа ПГУПС по специальности «Сестринское дело» (n=21), 95,0% женщин и 5,0% мужчин. Общее количество участников – 21.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Анализ возрастных групп показал, что подавляющее большинство респондентов представлено группой 20-29 лет (61,9%), 14,3% находятся в возрастной группе 40-49 лет и такая же часть (14,3%) - в возрасте до 20 лет, группа 30-39 лет представлена незначительно (9,5%). Оценка данных по полу показала, что мужчины, принявшие участие в исследовании, оказались в возрастной группе до 20 лет.

67% респондентов считают, что основной причиной выбора является интерес к медицинским знаниям. 52,4% респондентов выбрали стремление помогать и 57,1% - желание получить медицинское образование. Пятая часть опрошенных выбрала необходимость *где-то учиться* (22,8%). По 14,3% респондентов выбрали престиж и зарплату. 9,5% занимает семейная традиция. Любопытен один ответ в качестве причины выбора профессии: «стать черствой и злой».

Анализ результатов ответов на вопрос о **«планируемом месте работы»** показал, что 33,3% респондентов хотят работать в стационаре, а 22,8% - в косметологии. Незначительная часть хочет работать в массажном кабинете (9,5%) и поликлинике (9,5%), 4,8% - в Роспотребнадзоре.

Анализ данных, полученных на вопрос **“Что может повлиять на выбор места работы”**, показал, что 81% выбрали зарплату и коллектив, значительная часть выбрала социальные условия (33,3%), дополнительные выплаты (33,3%) и руководителя (33,3%). Незначительная часть выбрала интерес (4,8%).

На вопрос анкеты **“Планируют ли работать по специальности”** преобладающее большинство респондентов (85,7%) подтвердило желание работать после завершения обучения (Табл. 1).

Таблица 1. Распределение опрошенных по планированию работы по специальности с учетом пола (%)

Планируете ли Вы работать по специальности?	Пол	
	Женский (%)	Мужской (%)
Да	85,0	100,0
Нет	15,0	-
Итого	100,0	100,0

На вопрос анкеты **“Разочарованы ли вы в будущей профессии”** 71,4% ответили, что не разочарованы, однако 28,6% респондентов сообщили, что появилось разочарование в конце обучения (Табл. 2)

Таблица 2. Распределение опрошенных по причинам разочарования в будущей профессии с учетом пола (%)

Разочарованы ли Вы в выборе будущей профессии?	Пол	
	Женский (%)	Мужской (%)
Да, разочарован(а)	30,0	-
Нет, не разочарован(а)	70,0	100,0
Итого	100,0	100,0

На вопрос **“Если разочарованы в будущей профессии, то чем?”** анализ ответов респондентов показал, что 55% выбрали «все устраивает», 20% выбрала «маленькую зарплату» и 25% - бумажную работу, и 10% выбрали «эмоциональное выгорание», 5% - «взаимодействие с пациентами», «политическую обстановку» и «страх неопределенного будущего» (5%).

На вопрос **«Обладаете ли Вы лидерскими и организационными способностями?»** 76% ответили, что обладают, 24% ответили отрицательно.

ОБСУЖДЕНИЕ

Результаты данного исследования показали, что в целом отношение студентов медицинских вузов по специальности «Сестринское дело» к будущей профессиональной деятельности позитивное, преобладающее большинство собирается работать по специальности, обладает лидерскими качествами и планирует дальше развиваться в своей области.

Разочарование в профессии

Однако, почти 30% студентов разочарованы в будущей профессии. Это объясняется тем что, как показывают исследования, недавние выпускницы медицинского колледжа, приступающие к своей профессиональной деятельности, испытывают шок от реальности, вызванный, главным образом, существующим разрывом между теорией и практикой, имея при этом ограниченный практический опыт, но достаточно высокий уровень теоретических знаний, которые трудно применить на практике.

В работе Zamanzadeh V. и др., в качестве причин разочарования указаны отсутствие практических навыков, ограниченные академические знания, неадекватные социальные навыки, неуверенность в себе, отсутствие независимости, разочарование, стресс и одиночество. Эти же факторы были выявлены и в работе Kee T. И. др. (личностные характеристики, факторы, связанные с образованием, когнитивные факторы, психологические характеристики и социальные факторы, влияющие на готовность к практике) [13]. Образовательные факторы и личные факторы были также выявлены в работе Järvinen T. и др. [9].

Для устранения этих недостатков рекомендуется пересмотреть учебную программу и улучшить управление в клинической среде [17]. Преподаватели сестринского дела должны всесторонне учитывать различные факторы, чтобы понять взаимосвязь между людьми и системами окружающей среды, а также осуществлять целенаправленные вмешательства для формирования положительных профессиональных ценностей студентов-медсестер [8].

Клиническая адаптация может быть достигнута за счет улучшения среды клинического обучения и содействия развитию навыков клинической практики [11]. Клинической адаптации способствуют такой фактор как наставничество и позитивные отношения между наставниками и студентом или вновь зарегистрированной медсестрой» [6].

На профессиональный выбор влияют имеющиеся у человека социальные ценности: например, если для человека значимым является престиж, то сфера деятельности подбирается с учётом её престижности в обществе.

Выбор профессии. Привлекательно ли сестринское дело?

Еще одним результатом проведенного исследования, требующим своего объяснения, является вопрос выбора профессии по окончании обучения. Как показали результаты, почти 23% выпускников видят себя в косметологии. С точки зрения социологии, выбор профессии - стихийный индивидуальный процесс поиска рабочего места, характеристики которого соответствовали бы характеристикам личности (склонностям, темпераменту, социальному статусу, месту жительства и т.д.) [3]. Из множества альтернатив человек останавливается на одной, видимо, самой привлекательной. В терминах теории ожиданий В. Врума [16], для любого человека в каждый период времени различные профессии обладают различной степенью привлекательности. При этом, как указывает Е. П. Ильин, на профессиональный выбор влияют имеющиеся у человека социальные ценности: например, если для человека значимым является престиж, то сфера деятельности подбирается с учётом её престижности в обществе [2]. Таким образом, возникает вопрос о привлекательности работы медицинской сестры.

Как показало исследование Засыпкиной Е.А. и др., основными факторами привлекательности работы в медицине, в частности, являются возможности работать и общаться с людьми, потребность в оказании медицинской помощи, возможность реализовать чувства сострадания и милосердия, и только 8% отметили ее престижность [1], в то время, как косметологию в обществе считают высоко престижной 73,6%. Подобное мнение на современном этапе считается вполне обоснованным, так как к услугам косметологии прибегают не только женщины, но и мужчины, повышению престижности также способствуют появляющиеся новые технологии [4].

Рекомендуемые направления для дальнейших исследований

Учитывая тот факт, что почти 30% студентов разочаровались в профессии «в конце обучения», и, таким образом, не видят себя в сестринской профессии, очевидно, необходимо изучить причины разочарований и включить соответствующие вопросы в анкету. Кроме того, следует продолжать изучать мнение выпускников о том, какие факторы, с точки зрения молодого поколения, могли бы повысить престиж сестринской профессии.

Список использованной литературы:

1. Засыпкина Е. В., Андриянова Е. А., и др. Социальный портрет медицинской сестры как отражение статусно-ролевой характеристики профессии // Здоровье и образование в XXI веке. 2012. №3.
2. Ильин, Е. П. Мотивация и мотивы / Е. П. Ильин. – СПб.: Питер, 2002. – 512 с
3. Кравченко А. И. Выбор профессии: концептуальные фреймы и эмпирические тренды // Социология. 2020. №4.
4. Шевченко Н. А., Чеботарёв В. В. И др. Специальность "косметология": престижность в обществе и ее востребованность // Крымский терапевтический журнал. 2018. №4.
5. Duchscher JE. Transition shock: the initial stage of role adaptation for newly graduated registered nurses. J Adv Nurs. 2009 May; 65(5):1103-13.
6. Edward KL, Ousey K, Playle J, Giandinoto JA. Are new nurses work ready - The impact of preceptorship. An integrative systematic review. J Prof Nurs. 2017 Sep-Oct;33(5):326-333.
7. Gómez-Urquiza JL, Hueso-Montoro C, и др. Nursing students' experience using an escape room for training clinical skills and competencies on emergency care: A qualitative observational study. Medicine (Baltimore). 2022 Jul 29;101(30):e30004.
8. Hua W, Fang Q et al. The level and influencing factors of graduating nursing students' professional commitment from the perspective of Ecological Systems Theory: A cross-sectional study. Nurse Educ Today. 2022 Dec;119:105567.
9. Järvinen T, Eklöf N, Salminen L. Factors related to nursing students' readiness to enter working life—a scoping literature review. Nurse Educ Pract. 2018; 29: 191-199
10. Jung AR, Park EA. The Effectiveness of Learning to Use HMD-Based VR Technologies on Nursing Students: Chemoport Insertion Surgery. Int J Environ Res Public Health. 2022 Apr 15;19(8):4823.
11. Kim SY, Shin YS. Structural Model of Professional Socialization of Nursing Students With Clinical Practice Experience. J Nurs Educ. 2020 Mar 1;59(3):133-141. doi: 10.3928/01484834-20200220-03. PMID: 32130414.
12. Ko YJ, Kim SY. Transition Shock Experience of Nursing Students in Clinical Practice: A Phenomenological Approach. Healthcare (Basel). 2022 Mar 25;10(4):613.
13. Lee T, Lee SJ, и др. Personal Factors and Clinical Learning Environment as Predictors of Nursing Students' Readiness for Practice: A Structural Equation Modeling Analysis. Asian Nurs Res (Korean Soc Nurs Sci). 2023 Feb;17(1):44-52.
14. Lee T, Damiran D, Konlan KD, Ji Y, Yoon YS, Ji H. Factors related to readiness for practice among undergraduate nursing students: A systematic review. Nurse Educ Pract. 2023 Mar 22;69:103614.
15. Moore W, Palerino A, Pawloski K, и др. The Effects of Clinical Immersion on Readiness for Nursing Practice. J Nurs Educ. 2023 Jan; 62(1):47-50.
16. Vroom V. H. Motivation in Management. N.Y., 1965.
17. Zamanzadeh V, Jasemi M, и др. Lack of Preparation: Iranian Nurses' Experiences During Transition From College to Clinical Practice. J Prof Nurs. 2015 Jul-Aug; 31(4):365-73.

ОТНОШЕНИЕ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА К ВАКЦИНАЦИИ ПРОТИВ COVID-19

Цуцунава М.Р., Ярошенко М.А, Трипутина К.И., Назарова А.В.

ФГБОУ «СЗГМУ им.И.И.Мечникова»

Аннотация

Вакцины ежегодно спасают миллионы жизней. Несмотря на то, что вакцинации принадлежит ведущая роль в профилактике, ее противники по-прежнему «держат оборону». Необходимо мониторинг отношения к вакцинации студентов медицинских вузов, так как, во-первых, они являются частью социума, а именно, молодежной его части, во-вторых в ближайшем будущем они пополняют армию врачей и будут нести ответственность за здоровье людей и формировать общественное мнение.

Цель: изучить отношение студентов ФГБОУ СЗГМУ им. И. И. Мечникова к вакцинации против COVID-19

Методы исследования: анонимное анкетирование

Участники: 306 студентов медицинского университета им. И.И. Мечникова

Результаты: меньше половины участников исследования вакцинированы против COVID-19. Более 50% студентов сомневаются в безопасности вакцины; 62% указали на страх перед побочными эффектами.

Выводы: основными причинами нерешительности в отношении вакцины против COVID-19 стали беспокойство по поводу безопасности и эффективности вакцины, недостаточная осведомленность и отсутствие доверия к государственным органам.

Рекомендации: обратить внимание на источники, из которых студенты получают информацию. Образовательные кампании и усилия, направленные на повышение осведомленности о безопасности и эффективности вакцин против COVID-19, должны быть направлены на эту важную группу населения.

Ключевые слова: вакцинация, COVID-19, студенты, отношение

Abstract

Vaccines save millions of lives every year. Despite the fact that vaccination plays a leading role in prevention, the opponents are still present. It is necessary to monitor the attitudes of the medical students to vaccination, because, firstly, they are part of society, and secondly, in the near future they will join the army of doctors and will be responsible for people's health and form the public opinion.

Objectives: to study the students' attitudes toward vaccination against Covid-19 at the I.I. Mechnikov Northwestern State Medical University

Method: anonymous questionnaire

Participants: 306 students of the I.I. Mechnikov Medical University

Findings: More than 50% of students questioned the safety of the vaccine. 62% cited fear of side effects

Conclusion: The main reasons for hesitancy about the COVID-19 vaccine were concerns about the safety and efficacy of the vaccine, lack of awareness, and lack of trust for the government agencies. It is recommended to pay attention to the sources from which students receive information. Education campaigns and efforts to raise awareness about the safety and efficacy of COVID-19 vaccines should target this important population.

Key words: vaccination, COVID-19, medical students, attitude

АКТУАЛЬНОСТЬ

Число погибших от коронавирусной инфекции COVID-19 и неудачные меры реагирования подчеркнули важность эффективной вакцины для остановки распространения SARS CoV-2 (COVID-19). С декабря 2020 года несколько вакцин были разрешены для использования в Российской Федерации, ряд вакцин проходят клинические испытания. Тем не менее, нерешительность в отношении вакцины, вероятно, снизит эффективность развертывания программы вакцинации против COVID-19.

Актуальность данной темы объясняется тем, что от отношения студентов медицинских ВУЗов к вакцинации в значительной степени зависит приверженность населения к вакцинации в будущем. Как показывают социальные исследования, мнение медицинских работников пользуется высоким доверием у населения, особенно личных лечащих врачей, поэтому контроль над формированием позитивного отношения к вакцинации необходим на этапе подготовки медицинского работника в учебном учреждении [3]. Медицинские студенты считаются важным и интересным объектом исследования, так как, во-первых, являются частью социума, во-вторых в ближайшем будущем они пополнят армию врачей и будут нести ответственность за здоровье людей и формировать общественное мнение.

Среди студентов в нашей стране было проведено мало исследований для изучения отношения к вакцине против COVID-19. Высокий уровень охвата необходим для обеспечения

коллективного иммунитета для выравнивания кривой эпидемии. Чтобы разработать эффективные стратегии по увеличению вакцинации против COVID-19, крайне важно понять факторы, которые способствуют намерению и поведению вакцины против COVID-19 среди студентов.

Цель данного исследования - изучить отношение студентов ФГБОУ СЗГМУ им. И. И. Мечникова к вакцинации против COVID-19.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследовании приняли участие 306 студентов медицинского университета им. И.И. Мечникова. Для исследования была разработана анкета, включающая социально-демографические данные, намерение получить вакцину против COVID-19, знания и убеждения о вакцинации. Разработка анкеты основывалась на обзоре научной литературы. Анкетирование было анонимным.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Как показали данные анкеты, 57,5% респондентов переболели COVID-19 и менее половины не болели (42,5%). 45% респондентов вакцинированы и 55% - нет.

На вопрос *“Насколько важной вы считаете вакцину против COVID-19?”* 72% респондентов ответили, что считают важной, при этом 28% ответили, что не считают важной.

На вопрос *“Верите ли вы, что массовая вакцинация — это путь преодоления пандемии COVID-19?”* 69% респондентов ответили, что верят, что с помощью массовой вакцинации можно преодолеть пандемию, при этом 31% не верят.

Анализ ответов на вопрос *“Мотивы получения вакцины от COVID-19”* показал боязнь заразиться вирусом (41,5%), боязнь заразить свою семью (62%), эффективность вакцины (46%), а также наличие бесплатных вакцин (22,2%). Незначительная часть ответили, что вакцина необходима для продолжения работы/учебы; для снижения риска осложнений и более легкого протекания болезни; получения сертификата. Незначительная часть отметили принуждение к вакцинации.

Ответы на вопрос *“Каковы барьеры для получения вакцины от COVID-19?”* показал следующие результаты:

59% студентов сомневаются в безопасности вакцины,

46,4% сомневаются в эффективности

62,4% боятся неизвестных побочных эффектов,

46,4% отмечают недостаток информации о вакцине и 54,2% информации о побочных эффектах

35% опрошенных не доверяют производителю вакцины,

11,8% не могут позволить вакцину по финансовым соображениям.

Обращает на себя внимание и такой результат - страх имплантации наночипов (10,5%). Незначительная часть ответов включила отсутствие права выбора (зарубежные вакцины); лихорадку после вакцины; сильную аллергическую реакцию; отсутствие вакцин в МО.

ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ

Принятие вакцинации является результатом сложного процесса принятия решений, на который потенциально может повлиять широкий спектр факторов. Понятие «нерешительность в отношении вакцинации» означает отсрочку принятия или отказ от вакцинации, несмотря на доступность услуг по вакцинации. Существует континуум между теми, кто принимает вакцины без сомнений, и теми, кто без сомнений полностью отказывается [12].

Бетч и др. разработал психологические конструкции «5С», чтобы понять психологические основы вакцинирования:

«Уверенность», определяемая как доверие к эффективности и безопасности вакцин, к надежности и компетентности служб здравоохранения и медицинских работников, а также к мотивам политиков, принимающих решения о необходимости вакцин; «самоуспокоенность», определяемая как восприятие риска заболеваний, предотвращаемых вакцинами, как низкого;

«Ограничения» - вопросы о влиянии «физической доступности, ценовой доступности и готовности платить, географической доступности и способности понимать (язык и грамотность в вопросах здоровья) и привлекательности услуг по иммунизации, влияющих на использование»;

«Расчет», относящийся к участию отдельных лиц в расширенном поиске информации, связанной с предполагаемыми рисками вакцинации и рисками заболеваний; и

«Коллективная ответственность», готовность защищать других путем собственной вакцинации посредством коллективного иммунитета [6].

Как показало исследование, более 50% студентов сомневаются в безопасности вакцины (категория «уверенность»), более 30 % не верят в вакцинацию и не доверяют производителю (категория «коллективная ответственность»), более 46% сомневаются в эффективности вакцинации и испытывают недостаток информации о вакцине (категория «расчет»), почти 12% не могут позволить вакцинацию по финансовым соображениям (категория «ограничения»).

Беспокойство по поводу безопасности и эффективности вакцины, недостаточная осведомленность и отсутствие доверия к государственным органам стали причинами нерешительности в отношении вакцины против COVID-19, в частности, среди студентов-медиков в Индии. При этом нерешительность в отношении вакцины уменьшило наличие риска заражения COVID-19. Это было продемонстрировано, в частности, в исследовании, проведенном в Италии, которая была одной из европейских стран с наибольшим числом случаев заболевания: только 13,9% учащихся сообщили, что они не уверены в вакцинации [4].

Исследователи обращают внимание на то, что студенты, сомневающиеся в вакцинации, чаще получали информацию из социальных сетей и реже от преподавателей своих медицинских колледжей [5]. При этом, для сравнения, в другом регионе страны показатель привитости показал 92,6%. Кроме того, выявлена неплохая информированность обучающихся в отношении эффективности вакцинации. Большинство понимает, что вакцинация защищает как от заболевания, так и особенно от развития тяжелых его форм [1].

Основными причинами нерешительности в отношении вакцинации являются страх перед побочными эффектами и общий отказ от прививок [8]. Это подтверждают, в частности, работы Tharwat S и соавт. [11] и Barello S и соавт. [4].

Несколько детерминант влияют на решения о вакцинации и определяют, откажется ли индивид, отложит или доверится некоторым или любой вакцине. Принятие решений на индивидуальном уровне относительно вакцинации включает эмоциональные, культурные, социальные, духовные и политические, а также когнитивные факторы.

Принятие вакцины против COVID-19 среди населения в целом связана со страхом перед вирусом. Исследование, проведенное в США, также показало такие индивидуальные критерии доверия к вакцинации против COVID-19 как уверенность в ее эффективности, длительности иммунитета, который она обеспечивает, и доверие к политическим лидерам и институтам. В Китае при этом обычными факторами были предполагаемый риск, опасения по поводу безопасности и эффективности вакцины, рекомендации врачей и история прививок. Во время предыдущей пандемии H1N1 исследование показало, что охват вакцинацией студентов университетов оставался очень низким в постпандемический период, и сомнения в безопасности и эффективности вакцины были ключевыми факторами отказа [10].

72% респондентов показали, что они уверены в пользе вакцинации, эти результаты коррелируют с результатами, полученными в работе Марина Е.Б. и Николаевой А. С. (71,5 %).

Использованная литература

1. Анохин В.А., Хасанова Г.Р. Отношение студентов медицинского вуза к вакцинации от Covid-19 // *Фундаментальная и клиническая медицина*. 2022. №2. С. 71-72.
2. Марин Е.Б., Николаева А.С. Отношение студенческой молодежи к вакцинации от covid-19 // *Кронос*. 2022. №11 (73). С.28-29.
3. Орлова Н.В., Федулаев Ю.Н. Влияние средств массовой информации и социальных сетей на формирование общественного мнения о вакцинации // *Педиатрия*. Приложение к журналу *Consilium Medicum*. 2020. №4. С.21.
4. Barello S, Nania T. et al. 'Vaccine hesitancy' among university students in Italy during the COVID-19 pandemic. *Eur J Epidemiol*. 2020 Aug;35(8):781-783.
5. Belingheri M., Ausili D. Attitudes towards COVID-19 vaccine and reasons for adherence or not among nursing students. *J Prof Nurs*. 2021.
6. Betsch C., Schmid P. et al. Beyond confidence: Development of a measure assessing the 5C psychological antecedents of vaccination. *PLoS ONE*. 2018;13:e0208601.
7. Jain J., Saurabh S. COVID-19 vaccine hesitancy among medical students in India. *Epidemiol Infect*. 2021.
8. Kregar Velikonja N, Dobrowolska B, et al. Attitudes of Nursing Students towards Vaccination and Other Preventive Measures for Limitation of COVID-19 Pandemic: Cross-Sectional Study in Three European Countries. *Healthcare (Basel)*. 2021 Jun 22;9(7):781.
9. Patelarou E, Galanis P. et al. Factors influencing nursing students' intention to accept COVID-19 vaccination: A pooled analysis of seven European countries. *Nurse Educ Today*. 2021 Sep;104:105010.
10. Suresh P.S., Thejaswini V., Rajan T. Factors associated with 2009 pandemic influenza A (H1N1) vaccination acceptance among university students from India during the post-pandemic phase. *BMC Infect. Dis*. 2011;11:205.
11. Tharwat S, Saad AM, Nassar MK, Nassar DK. Acceptance and hesitancy to receive COVID-19 vaccine among university students in Egypt: a nationwide survey. *Trop Med Health*. 2023 Mar 9;51(1):16.
12. Tavolacci MP, Dechelotte P, Ladner J. COVID-19 Vaccine Acceptance, Hesitancy, and Resistantcy among University Students in France. *Vaccines (Basel)*. 2021 Jun 15;9(6):654.

При этом отношение к необходимым ограничениям, связанным с ней, более противоречивое. Респонденты проявили высокую чувствительность к принуждению и ограничению личной свободы. Кроме того, ряд респондентов при опросе критиковали отсутствие выбора, прежде всего, недоступность иностранных вакцин от COVID-19. Факт же непризнания этих зарубежных вакцин в РФ оценивался ими как основание для недоверия к отечественным вакцинам [2].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Принятие вакцины связана с активным образом жизни, высоким уровнем знаний и позитивным отношением к вакцине. Крайне важно изучать причины нерешительность студентов-медиков в отношении вакцинации и правильно с ней справляться, поскольку именно медицинские работники будущего должны будут давать рекомендации пациентам и способствовать соблюдению программ вакцинации. Понимание факторов, влияющих на решение учащихся принять вакцинацию против COVID-19, может повысить уровень принятия и способствовать управлению пандемией [9]. Образовательные кампании и усилия, направленные на повышение осведомленности о безопасности и эффективности вакцин против COVID-19, должны быть направлены на эту важную группу населения [11].

Понимание взглядов учащихся на вакцину против COVID-19 и поддержка их активности и сознательности в отношении здоровья могут быть полезны при планировании адекватных ответных мер и междисциплинарных образовательных стратегий, включая психологический взгляд на факторы, лежащие в основе нерешительности в отношении вакцин, в постпандемический период [4].

Считается, что высшие учебные заведения могут поддерживать развитие соответствующих профессиональных взглядов и поведения среди студентов-медсестер, в частности. Предоставление семейным врачам, медсестрам и другим медицинским работникам последовательной и четкой информации о пользе вакцинации будет иметь решающее значение для поощрения вакцинации среди молодежи.

ПОРА ПРИЗНАТЬ ПРОБЛЕМУ!

Цуцунава М.Р., Подопригора Г.М., Аристидова С.Н.

ФГБОУ ВО СЗГМУ им.И.И.Мечникова

Аннотация

Буллинг — это многократное негативное психологическое давление на человека. Изначально проблема буллинга, рассматриваемая в основном в контексте межличностного взаимодействия в условиях образовательной среды, приобрела новый интерес для исследований, так как травля активно стала проявляться в интернет-пространстве (кибербуллинг). При этом о наличии данной проблемы в сестринской среде в нашей стране по большому счету умалчивается.

Буллинг чаще происходит в условиях повышенного стресса с высокими ставками, большой рабочей нагрузкой и незначительной автономией в работе — все это неотъемлемая часть профессии медсестры. Буллинг / издевательства / травля в сестринской среде - это системная, широко распространенная проблема, которая начинается задолго до поступления в медицинский колледж или техникум и продолжается на протяжении всей карьеры медсестры. Значительный процент медсестер увольняется со своей первой работы из-за негативного и просто неприемлемого поведения своих коллег. Практика буллинга способствует ухудшению условий труда медсестер, повышению риска для пациентов, снижению показателей удовлетворенности пациентов и увеличению текучести кадров, что обходится средней больнице в приличную сумму.

Решение проблемы буллинга или травли медсестер начинается с признания проблемы, повышения осведомленности, смягчения факторов, способствующих ее возникновению, а также создания и обеспечения соблюдения жесткой политики борьбы с ним. Медсестры и заинтересованные стороны также должны активно работать над изменением культуры учреждения и понимать, что издевательствам нет места ни в профессии медсестры, ни где-либо еще в здравоохранении.

В этой статье рассматриваются формы и виновники буллинга в сестринской среде, а также факторы, способствующие его возникновению, и стратегии борьбы с ними.

Ключевые слова: буллинг, дефицит медсестер, сестринский уход, травля на рабочем месте.

Abstract

Bullying in the nursing profession is a systemic, pervasive problem that begins well before nursing school and continues throughout a nurse's career. A significant percentage of nurses leave their first job due to the negative behaviors of their coworkers. A bullying culture contributes to a poor nurse work environment, increased risk to patients, lower patient satisfaction, and greater nurse turnover, which costs the average hospital a pretty penny. Addressing nurse bullying begins with acknowledging the problem, raising awareness, mitigating contributing factors, and creating and enforcing a strong antibullying policy. Nurses and stakeholders also must actively work to change the culture, and understand that bullying has no place in the nursing profession or anywhere else in health care.

Keywords: lateral violence, nurse bullying, nurse shortage, nurses, nursing, workplace bullying

ЧТО ТАКОЕ «БУЛЛИНГ»?

Домогательства на рабочем месте — явление такое же старое, как и сама работа. Оно представляет собой форму дискриминации, нарушающую трудовое законодательство и гражданские права, вид скрытого насилия, которое влияет на трудовые отношения, дестабилизирует жертву и наносит вред физическому и психическому здоровью работников [10].

Буллинг — это многократное негативное психологическое давление на человека [1]. По определению Американской ассоциации медсестер, буллинг - это "повторяющиеся, нежелательные вредные действия, направленные на унижение, оскорбление и причинение дистресса реципиенту", представляет собой "очень серьезную проблему, которая угрожает безопасности пациентов, безопасности медсестер и сестринской профессии в целом" [14].

Издевательства могут быть самыми разнообразными - от недоброжелательности и отчуждения до физического насилия и угроз смерти. Важно понимать, что эта проблема имеет непрерывный характер и может обостриться, если ее не решать.

Многочисленные виды издевательств условно делят на открытые и скрытые. Открытое издевательство легче распознать, оно включает такие приемы, как чрезмерное микроуправление, вербальная агрессия, обзывания, оскорбления и прямые угрозы. Скрытая травля (косвенная и пассивно-агрессивная травля) может включать слухи и сплетни, сокрытие информации, задания «в наказание за что-то», низкую оценку, а также саботаж. Микроагрессия - краткие и обычные оскорбления, принижающие национальность, веру или принадлежность человека к другой маргинализованной группе - также считается формой скрытого буллинга.

В цифровом мире социальные сети, обмен текстовыми сообщениями, онлайн-форумы и даже видеоигры расширили масштабы всех видов буллинга, как прямого (открытого), так и косвенного (скрытого). В своей фундаментальной книге "Прекращение вражды между медицинскими сестрами" (второе издание) автор Кэтрин Бартоломью приводит примеры косвенного кибербуллинга, когда медсестрам показывают унижительные комментарии и сообщения о них в личных текстовых сообщениях и онлайн-группах [4].

Даже если кто-то не хотел, чтобы его комментарий увидели, или удалил его мгновение спустя, никто не мешает другим сделать скриншот и отправить его адресату, часто с *благими* намерениями. Простота и оперативность цифровых СМИ, а также тот факт, что они распространяют общение за пределами рабочего места, усиливают воздействие негативного поведения. Неосторожное замечание может нанести большой ущерб, если оно будет передано в цифровой форме. Социальные медиа также способствуют пассивно-агрессивной и анонимной травле отдельных людей и групп.

Одна из основных причин обсуждения темы буллинга в сестринской среде на Западе - кадровый дефицит в сестринской профессии, в то время, как надвигается «проблема 2030 года». Суть проблемы в том, что среди пациентов растет число представителей *очень нездорового* поколения бэби-бумеров, родившихся между 1946 и 1964 годами. Как подсчитано в США, к 2030 году число американцев старше 65 лет увеличится на 73%. Половина из них будет страдать хроническими заболеваниями, на которые приходится более 80% госпитализаций.

А вот другая статистика: средний возраст квалифицированной медсестры в настоящее время составляет 50 лет, а средний возраст медсестры, начинающей свою профессиональную деятельность, - 30 лет. Треть сегодняшних медсестер, скорее всего, выйдет на пенсию в ближайшие 10–15 лет. Даже если «проблема 2030 года» еще не у всех на виду, буллинг в сестринской среде может иметь серьезные последствия для организации.

БУЛЛИНГ В СЕСТРИНСКОЙ СРЕДЕ (ОБЗОР ИССЛЕДОВАНИЙ)

Сами медсестры называют это «поеданием своих собственных детенышей». Некоторые считают буллинг укоренившейся культурой, обрядом посвящения или неизбежным фактом жизни медсестры. Какие бы объяснения не приводились, издевательства над медсестрами наносят тяжелый урон профессии.

«Называть вещи своими именами — значит лишать их силы» [8]. Буллинг — это целенаправленное и деструктивное поведение, которое необходимо назвать тем, чем оно является, чтобы решить проблему и искоренить ее в одной из самых гуманных профессий.

Явление буллинга в сестринской среде хорошо описано в клинической литературе и литературе по лидерству. Оно начинается с учебной комнаты в колледже и продолжается у постели больного и в конференц-зале. Одно исследование показало, что в течение 6 месяцев 78% учеников подвергались издевательствам в школе медсестер [5]. В другом исследовании более половины студентов-медсестер сообщили, что видели или подвергались издевательствам со стороны медсестер во время клинической практики [12]. Как показало исследование Aristidou Ли соавт., в общей сложности 46,9% участников выборки сообщили о том, что они подвергались буллингу [3].

В течение первых 6 месяцев 60% медсестер увольняются со своей первой работы из-за неподобающего поведения своих коллег [5]. Издевательства со стороны медсестер происходят практически во всех учреждениях и подразделениях, начиная с сестринского поста и заканчивая кабинетом руководителя. Исследование с участием 511 случайно выбранных медсестер из Массачусетса показало, что издевательства влияют на удовлетворенность работой даже больше, чем на заработную плату. Это и другие исследования показывают, что грубость на рабочем месте тесно связана с выгоранием и неудовлетворенностью работой. Медсестры,

Буллинг — это целенаправленное и деструктивное поведение, которое необходимо назвать тем, чем оно является, чтобы решить проблему и искоренить ее в одной из самых гуманных профессий.

сталкивающиеся с этим, часто планируют уйти с работы, и когда они это делают, цена может быть высокой.

Многочисленные исследования показали, что до 34% медсестер увольняются или рассматривают возможность ухода из профессии в результате издевательства. И даже если они останутся, последствия агрессивного поведения, включая прогулы, снижение результативности, медицинские и юридические расходы, обходятся организациям здравоохранения в копеечку.

Исследования показывают, что до 34% медсестер увольняются или рассматривают возможность ухода из профессии в результате издевательства. И даже если они останутся, последствия агрессивного поведения, включая прогулы, снижение результативности, медицинские и юридические расходы, обходятся организациям здравоохранения в копеечку.

Издевательства в сестринской среде связаны с такими психосоматическими симптомами, как головные боли и частые болезни, депрессия и тревога, снижение продуктивности, прогулы и боязнь ходить на работу, ухудшение взаимоотношений, низкое качество жизни и самоубийства. Эти сопутствующие заболевания мешают многим медсестрам работать с полной отдачей. Буллинг может снизить качество ухода и сотрудничества. Это порочит профессию и организацию. В самом худшем случае это может поставить под угрозу безопасность пациентов.

ОТ КОГО ИСХОДИТ БУЛЛИНГ

Несмотря на то, что некоторые возрастные медсестры действительно с пристрастием относятся к своим младшим коллегам, агрессивное поведение выходит за рамки возраста, пола и уровня опыта [6]. Молодые медсестры могут критиковать своих старших коллег за внешний вид или физические недостатки. Медсестры постарше могут воспользоваться отсутствием опыта у молодых коллег или их незнанием тонкостей работы. Медбратья могут издеваться над женщинами, дипломированные медсестры могут проявлять снисхождение по отношению к квалифицированным медсестрам и наоборот. Известно, что медсестры определенных специ-

альностей и отделений нападают на медсестер других отделений. И, конечно, всегда есть случаи травли «один на один» и издевательств без видимых причин. Чаще всего над медсестрами издеваются сами медсестры. Список распространенных архетипов издевательств над медсестрами представлен в таблице № 1.

Таблица № 1

Супермедсестра	часто более опытна или специализирована, чем большинство, и выражает чувство превосходства посредством элитарного отношения, снисходительного поведения и «корректирующих комментариев»
Обидчивая медсестра	развивает и затаивает обиды, побуждает других «набрасываться» на нарушителя и склонна создавать драму, которая может проникнуть в рабочую среду
Медсестра ОСС	использует оскорбления, сплетни и слухи (ОСС), чтобы запугивать других медсестер, и часто быстро обижается на нейтральное замечание
Коварная медсестра	"двуличны", они заводят дружбу, которую затем предадут, используя информацию как оружие для усиления своей власти
Завистливая медсестра	выражает горечь по отношению к тем, у кого есть то, чего нет у них: внешность, статус, личность, имущество. Их жертвы часто не осознают, что являются мишенью
Клишированная медсестра	использует исключение из круга общения как средство агрессии, проявляя благосклонность к одним и игнорируя других

С точки зрения психологии, задирам часто не хватает уверенности в себе, и они могут воспринимать некоторых коллег как угрозу. Некоторые могут беспокоиться по поводу того, что младшие медсестры узурпируют их место в иерархии, а другие могут чувствовать угрозу из-за компетентности и опыта старших. Очень часто это – поведение, усвоенное с раннего детства, или трансформированное поведение жертв издевательств, которые становятся задирами с целью самозащиты.

Черты характера тоже играют свою роль. Беспокойство, гнев и мстительность повышают вероятность того, что кто-то станет задирой, но эти черты свойственны не только медицинским сестрам. В каждой ситуации необходимо внимательно изучить три основные роли: задира (виновник), жертва (объект) и сторонний наблюдатель (свидетель). При этом в нашей литературе рассматриваются только две роли – агрессор и жертва. При этом, если психологический портрет агрессора в большинстве случаев достаточно однотипен, то психологический тип жертвы буллинга представляется не столь очевидным и однообразным. Общий профиль жертвы травли предложен пионером развития учения о буллинге D. Olweus: «Типичная жертва травли — замкнутый ребенок с поведенческими нарушениями» [2].

Столь обобщенная характеристика жертвы находит свое отражение в процессе школьного буллинга, однако, процесс травли в коллективе охватывает разные возрастные и социальные группы, в зависимости от ведущего склада личностного типа, у человека может проявляться различная чувствительность, либо резистентность к различным вариантам, формам проявления буллинга [2].

Типичная жертва травли — замкнутый ребенок с поведенческими нарушениями».

В среде буллинга могут формироваться клики, появляться «козлы отпущения» и фавориты. Некоторые медицинские сестры станут сторонними наблюдателями, некоторые

научатся игнорировать проблему, а некоторые сами станут жертвами буллинга, увековечивая порочный круг. Конечная цель — изменить поведение хулиганов, укрепить и поддержать жертв, а также помочь сторонним наблюдателям стать равнодушными.

А ЧТО ЖЕ РУКОВОДСТВО? ...

Для процветания издевательств на рабочем месте требуется соответствующая среда. Качество руководства, как в подразделении, так и в организации, может способствовать формированию культуры буллинга. Руководители и менеджеры, опирающиеся на рычаги запугивания и страха, обычно поощряют то же самое в своих сотрудниках.

Однако руководящий персонал также знаком с буллингом: 60% менеджеров, директоров и руководителей медсестер [11] заявили, что сталкивались с издевательствами на рабочем месте, а 26% посчитали эти издевательства "жесткими".

Должности руководителей сестринских служб или организаторов сестринского ухода считаются самыми напряженными позициями в здравоохранении, испытывающими давление со всех сторон. Отсутствие полномочий в сочетании с высоким уровнем подотчетности заставляет людей на этих должностях чувствовать себя просто бессильными. Медсестры на руководящих должностях часто придерживаются стиля руководства, созданного по образцу плохих начальников в прошлом, который имеет тенденцию усиливаться под давлением. Когда издеательства становятся частью культуры организации, такое поведение, как правило, сохраняется, даже с приходом или уходом отдельных медсестер.

Исследуя уникальность опыта буллинга среди руководителей медсестер, Эдмонсон обнаружил, что они испытывают моральный дистресс, когда знают, как правильно поступить, но не могут этого сделать из-за организационных факторов [7]. Ситуацию усугубляет отсутствие формального образования в области этики, которая диктует необходимость всегда рассматривать ситуацию и действовать, не выходя за рамки этических принципов.

Руководители сестринских служб, в том числе старшие медсестры, также сталкиваются с издеательствами со стороны тех, кто воспринимается выше по градиенту полномочий, включая руководителей операционных и финансовых подразделений, медицинский персонал и так далее. Издеательства, с которыми сталкиваются медсестры-руководители, могут принимать форму директив, которые могут создавать ситуации, угрожающие безопасности персонала и пациентов, отсутствие поддержки основной миссии организации (уход за пациентами) и даже издеательства с целью исключения - намеренного отстранения от принятия важнейших решений.

ВЫВОДЫ:

Буллинг — это широко распространенная системная проблема, которая не исчезнет в одночасье. Однако ей не место в профессии медсестры. Проблему следует начинать решать в медицинских техникумах и колледжах и на каждом этапе карьеры медсестры. Табл. № 2 содержит список стратегий, которые организации могут рассмотреть для реализации для решения проблемы травли медсестер.

Табл. № 2

<p>Признать наличие проблемы. Буллинг будет процветать до тех пор, пока о нем никто не говорит, и даже если вы думаете, что его нет в вашей организации, он может проявиться в любой момент. Травля в сестринской среде является системной проблемой в профессии, и каждое рабочее место подвержено риску.</p>
--

<p>Если возможно, устранить те ситуационные факторы, которые могут усугубить травлю, например, перегруженность работой. Стресс и усталость могут выявить худшее в людях.</p>
--

Начать сверху. Обучать лидеров навыкам общения и сотрудничества. Убедиться в том, что они моделируют поведение, которого ожидают от своих сотрудников
Придерживаться политики абсолютной нетерпимости к инициаторам буллинга. Назвать конкретные виды поведения, включенные в ваше определение буллинга, чтобы все сотрудники четко представляли себе, чего вы от них ожидаете. Обеспечить наличие правил, подробно описывающих, как следует сообщать об издевательствах и реагировать на них.
Создавать уважительную атмосферу, в которой медсестры чувствуют себя комфортно, сообщая об актах издевательства своим руководителям, или чувствуют, что их поддерживают, чтобы они сами обратились к ним. Серьезно относиться ко всем сообщениям об издевательствах и быстро реагировать на них. Говорить с людьми, которые сообщают об издевательствах, что вы, в первую очередь, верите им.
Реагировать на издевательства по мере их возникновения, уверенно, но без обвинений. Применять системный подход, привлекая отдел кадров на ранней стадии
Поощрять медсестер при необходимости обращаться за услугами по охране психического здоровья. Издевательства на рабочем месте могут серьезно повлиять на психическое и физическое здоровье человека.
Включить неучтивость коллег в свою политику в отношении социальных сетей и онлайн-медиа. Дать понять, что вы не потерпите никаких личных нападков на коллег, напрямую или в Интернете.
Поощрять медсестер нести ответственность друг перед другом. Прохожих часто больше, чем нарушителей порядка, поэтому предоставление медсестрам возможности сообщать о непозволительном поведении может изменить культуру изнутри.

Все заинтересованные стороны, от школьных преподавателей до администрации больниц и самих медсестер, должны работать вместе, чтобы создать безопасную и благоприятную среду для медсестер, чтобы они могли полностью раскрыть свой потенциал. По словам эксперта по буллингу на рабочем месте доктора Рене Томпсон, если мы намерены окончательно искоренить издевательства и грубость, каждый должен внести свой вклад. Определенную роль должны сыграть Советы медицинских сестер и профессиональные сестринские организации, которые, как считают эксперты, должны приложить усилия для разработки и реализации законодательства по охране труда в своих странах посредством соответствующего политического лоббирования [13].

ПОСЛЕСЛОВИЕ

О чем надо помнить?

Сестринский уход - не для каждого. Это - сложная работа в физическом и умственном плане с бесконечными суточными дежурствами без права сна в ночное время (кстати, когда - то работа в ночное время рассматривалась только как *временная мера*, об этом можно почитать в Трудовом Кодексе довоенной поры, но это, увы, другая тема...). Ее называют самой опасной профессией не только с точки зрения наличия определенных рисков на рабочем месте, но и из-за настораживающе огромного числа травм позвоночника по причине отсутствия командной работы, ограниченных ресурсов, а также отсутствия оборудования и обучения. При всем этом в профессии есть медсестры, которые любят свою работу и способны справляться со всеми физическими и умственными нагрузками, однако и они могут быть вытеснены из системы токсичной рабочей средой.

В отличие от «серебряного цунами» стареющих пациентов бэби-бумеров, увольнение медсестер, связанное с издевательствами, является сложным, но легко контролируемым фактором. Решение простое: «улучшение условий работы медсестер... может улучшить качество

обслуживания пациентов и качество обслуживания». Благоприятная рабочая среда медсестры также связана с более низким уровнем летальных исходов и лучшими результатами для пациентов [9].

Что касается жертв и свидетелей буллинга на рабочем месте, то, как считают специалисты, они должны проходить обследование у специалистов в области психического здоровья на наличие симптомов посттравматического стрессового расстройства [3].

Использованная литература

1. Ануфриева Е.В., Набойченко Е.С., Ковтун О.П. Буллинг и кибербуллинг: проблема современного подростка // ПФ. 2021. №5. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/bulling-i-kiberbulling-problema-sovremennogo-podrostka>
2. Королев А. А. Взаимосвязь типа личности жертвы со спецификой воздействия буллинга // Психолог. 2021. №4. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/vzaimosvyaz-tipa-lichnosti-zhertvy-so-spetsifikoy-vozdeystviya-bullinga>
3. Aristidou L, Mpouzika M, et al. Association Between Workplace Bullying Occurrence and Trauma Symptoms Among Healthcare Professionals in Cyprus. *Front Psychol.* 2020 Nov 12;11:575623. doi: 10.3389/fpsyg.2020.575623. PMID: 33281676; PMCID: PMC7688662
4. Bartholomew K. *Ending Nurse-to-Nurse Hostility*. 2nd ed. Middleton, MA; HCPro, Inc; 2004
5. Clarke CM, Kane DJ, Rajacich DL, Lafreniere KD. Bullying in undergraduate clinical nursing education. *J Nurs Educ.* 2018;51(5):269–276
6. Dellasega C. *When Nurses Hurt Nurses: Recognizing and Overcoming the Cycle of Bullying*. Indianapolis, IN: Sigma Theta Tau International; 2011
7. Edmonson C. Strengthening moral courage among nurse leaders. *Online J Issues Nurs.* 2015;20(2):9.
8. Edmonson C, Allard J. Finding meaning in civility: creating a no bullying zone. *Clin Sch Rev.* 2013;6(2):131–137.
9. Edmonson C, Zelonka C. Our Own Worst Enemies: The Nurse Bullying Epidemic. *Nurs Adm Q.* 2019 Jul/Sep;43(3):274-279. doi: 10.1097/NAQ.0000000000000353. Erratum in: *Nurs Adm Q.* 2019 Oct/Dec;43(4):380. PMID: 31162347; PMCID: PMC6716575.
10. Grotto-de-Souza J, Pohl HH, Aguiar-Ribeiro D. Mobbing as a source of psychological harm in workers. *Rev Bras Med Trab.* 2023 Feb 13;20(4):670-675. doi: 10.47626/1679-4435-2022-766. PMID: 37101437; PMCID: PMC10124815.
11. Hampton D, Tharp-Barrie K, Rayens M. Experience of nursing leaders with workplace bullying and how to best cope [published online ahead of print March 2, 2019]. *J Nurs Manag.* 10.1111/jonm.12706
12. Stevenson K, Randle J, Grayling I. Inter-group conflict in health care: UK students' experiences of bullying and the need for organisational solutions. *Online J Issues Nurs.* 2006;11(2):6.
13. Varghese A, Joseph J, et al. Prevalence and determinants of workplace violence among nurses in the South-East Asian and Western Pacific Regions: a systematic review and meta-analysis. *J Clin Nurs.* 2022 Apr;31(7-8):798-819. doi: 10.1111/jocn.15987. Epub 2021 Aug 5. PMID: 34351652.
14. American Nurses Association. Position Statement: Incivility, Bullying, and Workplace Violence. <https://www.nursingworld.org/practice-policy/nursing-excellence/official-position-statements/id/incivility-bullying-and-workplace-violence/>. Published July 22, 2015. Accessed March 2, 2019.

КАДРОВЫЙ ДЕФИЦИТ В СЕСТРИНСКОМ ДЕЛЕ: ТОКСИЧНОСТЬ СРЕДЫ МЕНЯЕТ КОНЦЕПЦИЮ...

Лантева Е.С., Цицунова М.Р.

ФГБОУ СЗГМУ им.И.И.Мечникова

Аннотация

В последние десятилетие во всех сферах здравоохранения наблюдается дефицит среднего медицинского персонала. По данным ВОЗ и ICN, в мире не хватает 5,9 миллиона медсестер. В России наблюдается отток медсестер в коммерческие учреждения из государственных организаций. Согласно прогнозам, в течение следующих 20 лет дефицит сестринских кадров будет меняться в пределах от 22% до 29%. Традиционно, «причиной номер один» кадрового дефицита считается заработная плата. Однако, многочисленные зарубежные исследования связали кадровый дефицит в сестринской среде со стилем руководства, при правильном выборе которого гарантируется сохранение персонала, благоприятные условия для работы, вовлеченность сотрудников в рабочий процесс и благополучие медицинской организации.

При этом все более распространенным явлением в сестринском деле становится токсичное поведение руководителей сестринских служб. В данной статье обсуждаются причины, формы проявления токсичного руководства и приводятся данные, доказывающие необходимость изучения такого вопроса как стили руководства в сестринской профессии, если стратегические цели в стране действительно направлены на поощрение занятости и удержание медсестер.

Abstract

Over the past decade, there has been a shortage of nurses in all areas of health care. According to WHO and ICN, there is a shortage of 5.9 million nurses worldwide. In Russia, there is an outflow of nurses to the commercial institutions from the state health care organizations. It is predicted that over the next 20 years the nursing workforce shortage will vary from 22% to 29%. Traditionally, a reason «number one» for staffing shortages is that of salary. However, numerous foreign studies have linked staffing shortages in the nursing environment with a leadership style, which, when chosen appropriately, guarantees staff retention, a supportive work environment, employee engagement, and a well-being of the healthcare organization.

At the same time, toxic behavior of the nursing managers is becoming more common in the nursing profession. This article discusses the causes and manifestations of toxic leadership and provides evidence for the need for the leadership styles in the nursing profession to examine it if the country's strategic goals are truly to promote nursing employment and retention.

В последние десятилетие во всех сферах здравоохранения наблюдается дефицит медицинских кадров, это касается и врачебного персонала, и среднего медицинского персонала. По данным ВОЗ и ICN, в мире не хватает 5,9 миллиона медсестер [20]. Неспособность решить проблему дефицита медсестер на местном, региональном, национальном или глобальном уровне приведет к проблемам в здравоохранении [11].

Как известно из многочисленных исследований, в России наблюдается отток медсестер в коммерческие учреждения из государственных организаций. Согласно прогнозам, в течение следующих 20 лет дефицит сестринских кадров будет меняться в пределах от 22% до 29% [5].

Ситуацию усугубила пандемия: по данным Росстата, за 1,5 года пандемии отрасль покинули почти 200 тыс. работников среднего медицинского персонала.

Стратегические цели, направленные на поощрение занятости, улучшение условий труда и удержание медсестер, в значительной мере зависят от выявления факторов, способствующих дефициту медсестер [23]. Одной из основных причин оттока является недооценка сестринского персонала. К примеру, в отраслевых программах по оказанию медицинской помощи описывался только лечебно-диагностический пункт, а сестринский аспект оставался как ненужный и второстепенный за скобками [4].

С недооценкой вклада сестринского персонала в развитие здравоохранения связана низкая заработная плата, что привело к массовому оттоку работников из медицинской отрасли [8]. На низкую оплату труда также указывает Абакаров Ш.М.[1], Сергеева Н.М [6]. Оценка материального положения средних медицинских работников за последние три года, показала, что у половины финансовое положение не изменилось, у 30% ухудшилось, а у 14,5% улучшилось. При этом подчеркивается тот факт, что настоящий размер оплаты труда среднего медицинского персонала намного ниже заявленного Росстатом [7].

Таким образом, можно продолжать считать, что основным фактором дефицита кадров является заработная плата. Однако, многочисленные зарубежные исследования связали кадровый дефицит в сестринской среде со стилем руководства. В частности, Magbity JB и др., утверждают, что стили руководства в сестринском деле являются определяющими факторами текучести кадров медсестер [17].

Поведение лидера всегда было в центре внимания управленческих исследований. Однако большинство ранее проведенных исследований были сосредоточены на позитивном лидерском поведении, таком как трансформационное лидерство, но меньше внимания уделялось негативному лидерскому поведению.

Изучение взаимосвязи между деспотичным руководством оттоком кадров подтвердило существование косвенной связи между деспотичным руководством и дефицитом кадров [15, 19]. Например, если руководитель принимает авторитарный стиль руководства, не давая достаточной свободы и возможности для профессионального роста, то медсестры могут чувствовать себя дискомфортно и уходить из организации в поисках лучших возможностей. Медсестры, которые работают под руководством руководителя, демонстрирующего токсичное поведение, показали более низкую степень удовлетворенности работой, более высокий уровень стресса, частые прогулы и серьезное намерение оставить профессию медсестры [16].

Исследования неоднократно сообщают о последствиях токсичного поведения, проявляющихся в ухудшении психического здоровья, низкой удовлетворенности работой, сестринском уходе низкого качества, контрпродуктивном поведении на работе и тенденции увеличения текучести кадров. Для организации снижение организационной эффективности и появление токсичных последователей может привести к формированию негативной организационной культуры [13].

При этом медсестры, работающие с трансформационным лидером, сообщают о большей удовлетворенности работой и отсутствии намерения оставить профессию медсестры [18]. О том, что трансформационное лидерство в значительной степени связано с повышением удовлетворенности, улучшением самочувствия персонала, снижением эмоционального выгорания и общего стресса у штатных медсестер, показали в разное время работы Weberg D [24], Sabbah IM et al.[21], Green AE [12], Al-Dossary RN [10].

Сотрудники, которые умеют преодолевать свои страхи и придерживаться своих ценностей и принципов, с меньшей вероятностью пострадают от токсичного поведения руководства.

Несмотря на актуальность проблемы, число исследований в стране, изучающих стили руководства старших медсестер, и, тем более, связывающих этот фактор с кадровым дефицитом, крайне ограничено. В частности, взаимосвязь между стилями управления старшей медсестры и средним медицинским персоналом была проанализирована в исследовании Горшковой Е.И. и Островской И. В.[2].

КАК РАСПОЗНАТЬ ТОКСИЧНОГО ЛИДЕРА

Ранее проведенные исследования показали, что токсичное поведение медсестер-руководителей многогранно. Лабраг, Лорика и др. разделили токсичное лидерское поведение медсестер-лидеров на четыре типа поведения: несдержанность, нарциссизм, самореклама и унижение. В дополнение к этому очевидному поведению токсичное поведение лидеров иногда включает скрытое и пассивное поведение, такое как неспособность поддержать персонал и постоянное использование оскорбительных и оскорбительных невербальных жестов (Milosevic et al., 2020).

В новой концепции «токсичного треугольника» выдвигается предположение, что причины токсичного лидерства включают в себя контроль или надзор, факторы подчинения и организационный контекст. Лидерское поведение — это взаимодействие между лидером и его подчиненными, а личные характеристики как лидеров, так и подчиненных влияют на токсичное лидерство. Ранее проведенные исследования показали, что чаще всего токсичное поведение демонстрируют лидеры, мало что понимающие в управлении, хронически депрессивные в психологическом отношении и страдающие от бессонницы. Сотрудники, которые умеют преодолевать свои страхи и придерживаться своих ценностей и принципов, с меньшей вероятностью пострадают от токсичного поведения руководства [9].

Психотерапевт Кетс де Врис рассказал о том, что в своей работе иногда сталкивается с руководителями, у которых есть ментальные демоны. Чаще всего он сталкивается с четырьмя типами:

ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ АТРИБУТЫ ТОКСИЧНОГО РУКОВОДИТЕЛЯ

- ✓ Подрывает достоинство, самооценку и эффективность сотрудников, терроризирует их, натравливает друг на друга
- ✓ Сознательно подпитывает своих сотрудников фантазиями о тайном плане или особом видении, с целью усиления власти над ними и ослабления их способности действовать независимо, а в итоге оставляет своих последователей и организацию в худшем состоянии, чем до его появления;
- ✓ Со стороны выглядит харизматичным, увлекающим и вызывающим желание работать под его началом, но при этом манипулирует, играет на базовых страхах и потребностях сотрудников;
- ✓ принуждает или наказывает тех, кто не подчиняется ему или ставит под сомнение его действия;
- ✓ Добивается цели любой ценой;
- ✓ Крайне утилитарен – цели оправдывают средства;
- ✓ отказывается от обучения других лидеров включая своих собственных преемников, обвиняет других в своих ошибках или неудачах и часто критикует других;
- ✓ постоянно нуждается в похвале, но не испытывает сочувствия и сострадания к другим;
- ✓ игнорирует конструктивную критику, склонен мстить тем, кто его критикует, склонен к частым перепадам настроения истерике;
- ✓ дает много обещаний, которые никогда не будут выполнены.

Источник:

Lipman-Blumen, J. The allure of toxic leaders: why we follow destructive bosses and corrupt politicians-and how we can survive them. Oxford University sity Press, USA, 2006. 303 p.

- патологические нарциссы, эгоистичные и авторитетные, обладающие грандиозными фантазиями и стремящиеся к власти любой ценой;
- маниакально-депрессивные, которые могут оставить после себя шлейф эмоциональных вспышек;
- пассивно-агрессивные, которые избегают конфронтации, но obstructивны и коварны; и
- эмоционально отстраненные - люди, которые не могут описать или даже распознать свои чувства. Оставленные без контроля, эти личности могут исказить взаимодействие, планы и системы целых организациях [14].

ВОСПРИЯТИЕ ТОКСИЧНОГО ПОВЕДЕНИЯ РУКОВОДИТЕЛЯ МЕДИЦИНСКИМИ СЕСТРАМИ (ОБЗОР ИССЛЕДОВАНИЯ, ПРОВЕДЕННОГО В КИТАЕ)

Негативный отзыв

Все респонденты сообщили о важности человеческого отношения и понимания на работе, а также вербальных оценок и конструктивных отзывов от своих руководителей-медсестер. Они утверждали, что некоторые менеджеры медсестер часто использовали отрицательную обратную связь, чтобы показать, что работа медсестер была неадекватной или ненадлежащей, а также для того, чтобы отвергнуть и критиковать личные и профессиональные достижения медсестер.

«После того, как я по всем правилам провела инфузию, старшая медсестра, в присутствии членов семьи пациента, сказала мне, что я проявила нерадивость, и резко отчитала меня».

«Наш супервайзер не указывает вам на ваши ошибки напрямую, но обвиняет вас в присутствии других медсестер или врачей на отделении».

Игнорирование

Половина медсестер игнорировалась руководством. К токсичным методам руководства они отнесли презрение и безразличие руководителей-медсестер к медсестрам на отделении.

«Когда у меня возникает конфликт с пациентом, старшая медсестра не слушает моих объяснений и просто заставляет меня извиниться перед пациентом».

«Наша главная медсестра редко ценит нас и постоянно подчеркивает, что, если вы недовольны, то можете уйти. Вас всегда могут заменить другие, и не важно, что вы – хороший работник».

Несправедливость

Некоторые опрошенные утверждали, что, несмотря на то, что они работали на одном отделении, администратор относился к ним несправедливо по разным причинам.

«Вас могут обвинить и отчитать за ошибку, за которую другие ничего не получают».

Эгоцентризм

По мнению нескольких респондентов, медсестры-лидеры могут демонстрировать эгоцентричные черты, такие как нарциссизм и эгоизм.

«Главная медсестра будет активно подчеркивать свою руководящую позицию перед медсестрами, демонстрировать чувство превосходства и создавать у нас сильное ощущение отдаленности».

«Вы должны проконсультироваться со старшей медсестрой, чтобы принять какое-либо решение на отделении. Более того, не спорьте с ней. В противном случае вам придется подумать о своем поведении...».

«Главная медсестра обожает, когда медсестры ее осыпают комплиментами. Она думает, что все на отделении без исключения должны ее задабривать...».

«Наша старшая часто просила нас что-то сделать, но коллективу сообщала, что она сделала это сама...»

Чрезмерное давление

«Старшая медсестра... требует, чтобы медсестры проводили исследования и публиковали статьи, но у нас нет базы или ресурсов для обучения...»

«Медсестер просят заниматься уборкой каждый день, а мы уже и не знаем, кто мы: уборщицы или кто-то еще».

Бездействие

Старшая медсестра малоактивна в своей работе.

«Главная медсестра игнорирует конфликты между медсестрами, когда они возникают».

«Однажды отделение было очень загружено и нуждалось в координации, поэтому я сообщила об этом старшей медсестре. Но старшая медсестра велела мне самой найти выход из ситуации и попросить коллег выйти сверхурочно».

«Если у вас есть проблема со старшей медсестрой, вам необходимо общаться с ней или с ним напрямую, а не прятать это в своем сердце, иначе это только увеличит вашу психологическую нагрузку»

ПРИЧИНЫ ПОДВЕРЖЕННОСТИ ПЕРСОНАЛА ТОКСИЧНОМУ ПОВЕДЕНИЮ МЕДСЕСТЕР-МЕНЕДЖЕРОВ

Нагрузка

Подавляющее большинство опрошенных указали на дефицит рабочей силы как на причину токсичного лидерского поведения медсестры-менеджера.

«...отделение не доукомплектовано, работает всего несколько медсестер, а в ночную смену еще меньше».

Личность

В качестве причины была указана личность. Личность старшей медсестры -:

«... низкий эмоциональный интеллект, склонность сводить старые счеты... ограниченность и нежелание, чтобы подчиненные росли и развивались»

«...конкурентноспособна и делает все возможное, чтобы подчеркнуть свои способности».

Несколько медсестер упомянули, что личность медсестер также влияет на то, будут ли они подвергаться воздействию токсичного руководства.

«...медсестры со слабым характером будут подвергаться издевательствам со стороны своих руководителей»

«Некоторые медсестры слишком своевольны, чтобы подчиняться распоряжениям своих руководителей».

Отношение к работе

Некоторые респонденты считали, что сама работа медсестер приводит к токсичному лидерству:

«если вы небрежны и часто делаете ошибки, конечно, вас всегда будут контролировать».

РЕАКЦИЯ МЕДСЕСТЕР НА ТОКСИЧНОЕ ПОВЕДЕНИЕ РУКОВОДИТЕЛЕЙ

Смущение и молчание

Когда их спросили, как реагировать на токсичное поведение руководства, большинство медсестер ответили, что молчат и не отвечают.

«Я понятия не имею, что делать... Даже если вы сообщите об этом, это ничего не изменит, а только вызовет у начальника еще большую неприязнь к вам».

«...при возникновении такого инцидента наше отделение предпочло бы работать в ночную смену, а не в дневную, чтобы работать без старшей медсестры».

«Я сделаю все возможное, чтобы забыть плохой опыт и избегать общения со старшей медсестрой на рабочем».

Смена отделения или работы

Большинство медсестер отметили, что они могут уйти с работы или работать на другом отделении той же больницы, чтобы сбежать из своего нынешнего окружения.

«Не занимайтесь уходом за больными, если у вас нет сердца и здоровья, иначе вы будете думать об увольнении каждый день... многие на нашем отделении уволились из-за старшей медсестры».

Рефлексия и общение

Некоторые медсестры сообщили, что после токсичного руководства со стороны руководителя они размышляли, пытались общаться с руководителем, а затем что-то в себе меняли.

«Прежде всего, я бы задумался о том, почему это был я. Если бы я допустил ошибку, в следующий раз я ее исправил бы».

«Если у вас есть проблема со старшей медсестрой, вы должны общаться с ней/ним напрямую, а не прятать это в своем сердце, это только увеличит вашу психологическую нагрузку»

Лесть и заискивание

Чтобы изменить для себя ситуацию, связанную с токсичностью руководства, некоторые медсестры считают, что можно снизить до определенного поведения, например, *«говорить то, что нравится слышать старшей медсестре, учиться читать мысли людей и лебезить, а также «делать то, что ей нравится».*

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Токсичное лидерское поведение как негативное и неэффективное поведение руководителя существует в сестринском деле и становится все более распространенным явлением. При этом глобальный дефицит медсестер диктует необходимость делать все возможное, чтобы удерживать персонал и обеспечивать благоприятную рабочую среду. Только интеллигентность в управлении может обеспечить и гарантировать сохранение персонала, благоприятные условия для работы, интерес сотрудников к выполняемой работе и в целом - благополучие медицинской организации.

Руководители медицинских сестер должны следовать принципу строгости к себе и снисходительности к другим, а также взять на себя инициативу по предотвращению появления токсичного поведения руководства. Медсестрам необходимо работать над своей способностью выявлять и реагировать на негативное поведение руководства, контролировать свои эмоции и работать с коллегами над созданием гармоничной атмосферы в отделении [13].

Организации могут значительно повысить свою эффективность за счет снижения урона от «токсичных» менеджеров, если:

- ✓ признают, что «токсичность» существует и отнесутся к этой проблеме с должной серьезностью;
- ✓ создадут такие процессы, которые позволили бы выявлять «токсичных» менеджеров и сотрудников максимально быстро (техники отбора персонала, организация обратной связи);
- ✓ привлекут профессиональных психологов и консультантов, которые давно работают с проблемами деструктивного поведения на работе и смогут оказать помощь как самим «токсичным» руководителям, так и пострадавшим от их деятельности [3].

Нам бы, для начала, осилить первый шаг...

Список литературы

1. Абакаров, Ш. М. Кадровый дефицит в сфере здравоохранения Российской Федерации: причины и пути их решения / Ш. М. Абакаров // Наука, образование, общество: актуальные вопросы, достижения и инновации: сборник статей V Международной научно-практической конференции, Пенза, 12 апреля 2022 года. – Пенза: Наука и Просвещение (ИП Гуляев Г.Ю.), 2022. С. 47-49.
2. Горшкова, Е. И., Островская И.В. Уровень эмоционального выгорания медицинских сестер в зависимости от стиля управления сестринским персоналом // Виртуальные технологии в медицине. 2022. № 3(33). С. 199-200.
3. Лубит, Р. Х. «Токсичные» менеджеры и прочие трудные люди. Днепропетровск: Баланс Бизнес Букс, 2005. 360 с.
4. Салалыкина, Е. В., Шовгенова М.А. Управленческая деятельность главной медицинской сестры по организации работы среднего медицинского персонала // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. 2016. № 11-4.С. 773-775.
5. Сененко А.Ш., Гажева А.В., Сон И.М. Обеспеченность субъектов российской федерации средним медицинским персоналом // Медицинская сестра. 2016. №8.
6. Сергеева, Н. М. О кадровом дефиците в здравоохранении РФ и регионах ЦЧР / Н. М. Сергеева // Наука и практика регионов. 2019. № 1(14). С. 10-15
7. Фадеева Е. В. Социально-экономическое положение среднего медицинского персонала в ситуации пандемии коронавирусной инфекции // Вестник РГГУ. Серия «Философия. Социология. Искусствоведение». 2022. №1
8. Шевцов, И. А. Кадровый дефицит системы здравоохранения на примере СКФО: причины возникновения и пути решения / И. А. Шевцов // Modern Economy Success.2022. № 2. С. 13-19
9. Afsar B, Umrani WA. Does thriving and trust in the leader explain the link between transformational leadership and innovative work behaviour? A cross-sectional survey. *J Res Nurs.* 2020 Feb;25(1):37-51.
10. Al-Dossary RN. Leadership Style, Work Engagement and Organizational Commitment Among Nurses in Saudi Arabian Hospitals. *J Healthc Leadersh.* 2022 Jun 7;14:71-81. Labrague LJ, Nwafor CE, Tsaras K. Influence of toxic and transformational leadership practices on nurses' job satisfaction, job stress, absenteeism and turnover intention: A cross-sectional study. *J Nurs Manag.* 2020 Jul;28(5):1104-1113.
11. Buchan J, Aiken L. Solving nursing shortages: a common priority. *J Clin Nurs.* 2008 Dec;17(24):3262-8.
12. Green AE, Miller EA, Aarons GA. Transformational leadership moderates the relationship between emotional exhaustion and turnover intention among community mental health providers. *Community Ment Health J.* 2013 Aug;49(4):373-9.
13. Guo X, Xiong L. et al. Chinese nurses' perceptions on toxic leadership behaviours of nurse managers: A qualitative study. *J Nurs Manag.* 2022 Oct;30(7):3256-3263.
14. de Vries MF. Coaching the toxic leader. *Harv Bus Rev.* 2014 Apr;92(4):100-9, 134. PMID: 24830286.
15. Iqbal J, Asghar A, Asghar MZ. Effect of Despotic Leadership on Employee Turnover Intention: Mediating Toxic Workplace Environment and Cognitive Distraction in Academic Institutions. *Behav Sci (Basel).* 2022 Apr 27;12(5):125.
16. Labrague LJ, Nwafor CE, Tsaras K. Influence of toxic and transformational leadership practices on nurses' job satisfaction, job stress, absenteeism and turnover intention: A cross-sectional study. *J Nurs Manag.* 2020 Jul;28(5):1104-1113.
17. Magbity JB, Ofei AMA, Wilson D. Leadership Styles of Nurse Managers and Turnover Intention. *Hosp Top.* 2020 Apr-Jun;98(2):45-50.
18. Musinguzi C, Namale L. et al. The relationship between leadership style and health worker motivation, job satisfaction and teamwork in Uganda. *J Healthc Leadersh.* 2018 Apr 23;10:21-32.
19. Ngabonzima A, Asingizwe D, Kouveliotis K. Influence of nurse and midwife managerial leadership styles on job satisfaction, intention to stay, and services provision in selected hospitals of Rwanda. *BMC Nurs.* 2020 May 6;19:35. Sabbah IM, Ibrahim TT, et al. The association of leadership styles and nurses well-being: a cross-sectional study in healthcare settings. *Pan Afr Med J.* 2020 Aug 24;36:328.
20. Roth, C., Wensing, M. et al. Keeping nurses in nursing: a qualitative study of German nurses' perceptions of push and pull factors to leave or stay in the profession. *BMC Nurs* 21, 48 (2022).
21. Sabbah IM, Ibrahim TT et al. The association of leadership styles and nurses well-being: a cross-sectional study in healthcare settings. *Pan Afr Med J.* 2020 Aug 24;36:328.
22. Shonkoff JP, Garner AS; Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health; Committee on Early Childhood, Adoption, and Dependent Care; Section on Developmental and Behavioral Pediatrics. The lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress. *Pediatrics.* 2012 Jan;129(1):e232-46.
23. Smokrović E, Kizivat T. et al. Conceptual Model of Nurses' Turnover Intention. *Int J Environ Res Public Health.* 2022 Jul 5;19(13):8205
24. Weberg D. Transformational leadership and staff retention: an evidence review with implications for healthcare systems. *Nurs Adm Q.* 2010 Jul-Sep;34(3):246-58.

НАУЧНО-ОБОСНОВАННАЯ ПРАКТИКА

ИНСУЛИНОТЕРАПИЯ. ПЕРЕЗАГРУЗКА

Беликова Т.В., Цуцунава М.Р.

ФГБОУ ВО «СЗГМУ им.И.И.Мечникова»

Аннотация

Каждый день миллионы людей с сахарным диабетом вынуждены вводить себе инсулин. Доказано, что многие по ошибке делают инъекции в мышцы, поскольку в обычных местах инъекций подкожной жировой ткани, как они полагают, мало, а если выбрана неправильная длина иглы, то инъекция будет внутримышечной. Одним из последствий этого являются колебания и непредсказуемость уровня глюкозы в крови, что сказывается на регуляции диабета и может привести к снижению качества жизни, а, в долгосрочной перспективе, к поздним диабетическим осложнениям.

В данной статье проводится обзор режимов инсулинотерапии, обсуждаются вопросы потенциальных проблем, связанных с инъекциями инсулина, одной из которых является липогипертрофия, а также приводятся данные о тонкостях техники инъекций, о которых должна знать медицинская сестра.

Abstract

Every day millions of people with diabetes mellitus have to have injections of insulin. As reported, many people inadvertently inject themselves in muscles by mistake, because they believe there is less subcutaneous adipose tissue at the usual injection sites, and if the wrong needle length is selected, the injection will be intramuscular one. One of the consequences of this is fluctuating and unpredictable blood glucose levels, which affects diabetes regulation and can lead to reduced quality of life and, in the longer term, late diabetic complications. This article reviews insulin therapy regimens, discusses potential problems associated with insulin injections, one of which is lipohypertrophy, and provides evidence-based information about injection technique every nurse should be aware of.

По оценкам, во всем мире 382 миллиона человек живут с диабетом, и ожидается, что к 2035 году это число вырастет до 592 миллионов [20], а к 2045 - до 629 миллионов [22]. Примерно 1 доллар из каждых 7 долларов, потраченных на здравоохранение, связан с сахарным диабетом, основной причиной слепоты и почечной недостаточности, а также серьезным фактором риска сердечно-сосудистых заболеваний. За последнее десятилетие распространенность этого заболевания среди взрослых в целом увеличилась на треть.

В то время как инсулинотерапия остается ключевой в лечении диабета 1 типа, многие пациенты с диабетом 2 типа или инсулинорезистентным диабетом сталкиваются с ошибками при введении инсулина, которые ухудшают качество доставки инсулина. Ошибки инсулина являются серьезным, но поддающимся изменению препятствием для точности дозирования и оптимального контроля диабета у многих пациентов.

Как показывают исследования, диабетики негативно относятся к инсулинотерапии в силу социально-психологических факторов. Исследование Hussein A и соавт. выявило различные барьеры на пути к инсулинотерапии, в том числе страх перед инъекцией, боль, потребность в помощи других при инъекции инсулина, боязнь гипогликемии и смущение [17].

В России получены следующие данные:

30,9% пациентов боятся инъекций инсулина при инициации; 88% пациентов используют длинные иглы; 19% инъекций в область живота и 29% инъекций в область бедра выполняются без формирования кожной складки; 55% пациентов отпускают складку раньше, чем вытаскивают иглу; 28% пациентов не получали от врача информацию о глубине введения иглы под кожу; 40% пациентов не получали от врача информацию о возможности индивидуального выбора длины иглы 22% пациентов не знают, что инъекции можно выполнять под углом 45° [1].

Очень важно, чтобы медицинские работники знали об этих фактах и рекомендовали средства и методы для уменьшения боли и дискомфорта, чтобы поддерживать требуемый гликемический контроль и сохранять здоровье. Это очень важно и с экономической точки зрения, поскольку лечение поздних диабетических осложнений обходится очень дорого.

Исходя из полученных данных, возникает ряд вопросов, например,

- ✓ Обладают ли специалисты достаточными знаниями о правильном проведении инъекций инсулина?
- ✓ Знают ли специалисты, как выбрать правильную длину иглы?
- ✓ Известно ли специалистам о том, что места инъекций необходимо проверять на предмет липогипертрофии?

РЕЖИМЫ ИНСУЛИНОТЕРАПИИ

В настоящее время существует три принципиальных и конкурирующих режима инсулинотерапии при СД 2-го типа: базальная инсулинотерапия, терапия смешанными инсулинами, прандиальная инсулинотерапия [6].

Базальная инсулинотерапия – это простой способ интродукции инсулинотерапии. В сочетании с пероральными препаратами базальная инсулинотерапия направлена в первую очередь на уровень гликемии натощак и не влияет прямо на дефицит прандиального инсулина. Однако важнейший показатель гликемии после завтрака может в этом случае улучшаться, так как бета-клетки «отдохнут» ночью в связи с назначением базального инсулина и снизится метаболически обусловленная инсулинорезистентность из-за уменьшения глюкозотоксичности [12]. Больные оценивают тот факт, что необходимо вводить инсулин один раз перед сном. Назначение инсулина на ночь в первую очередь преследует цель нормализации сахара крови натощак.

(ОДНАКО: порядка 10,5% пациентов испытывают гипогликемию в течение первых 6 мес. после начала приема базального инсулина, что оказывает существенное влияние на качество их жизни в начале лечения. В результате значительное количество больных СД (31,8%) прекращают прием инсулина после первого эпизода гипогликемии).

Использование смесей инсулинов позволяет реализовать простую схему инсулинотерапии с помощью введения препаратов два раза в сутки (утром и вечером), таким образом восполняется прандиальный компонент. Утренняя инъекция покрывает с помощью короткого инсулина его потребность для завтрака, а с помощью пролонгированного компонента — для обеда. Таким образом, режим приема пищи в значительной степени предопределен временем инъекций (это особенно касается обеда, который должен быть в строго определенное время и в привычном объеме).

Пролонгированный компонент смеси может повышать риск гипогликемии в предобеденное время, поэтому требуется перекус [21]. Ранний ужин является причиной того, что пролонгированный инсулин не в состоянии обеспечить достаточное подавление глюконеогенеза в печени в утреннее время. Следствием этого является высокая гликемия натощак. Зачастую отмечается значительная прибавка массы тела.

Для устранения части недостатков традиционной терапии смешанными препаратами в последнее время инсулин короткого действия заменяют в смеси ультракороткими аналогами. Постпрандиальная гликемия в сравнении с традиционными смесями снижается и уменьшается склонность к развитию гипогликемии как ночью, так и в течение дня, что благоприятно отражается на снижении массы тела. Кроме того, отпадает необходимость выдерживать временной промежуток между инъекцией и приемом пищи.

Терапия смесями с ультракороткими аналогами дважды в день может быть интенсифицирована третьей инъекцией того же инсулина перед обедом. Обращается внимание на вероятность возникновения гипогликемии перед обедом при утреннем введении инсулина. В большинстве случаев утренняя доза несколько выше, чем вечерняя.

Прандиальная инсулиноterapia (введение инсулина короткого действия перед основными приемами пищи) и **базис-болюс-терапия** (дополнительное введение на ночь инсулина пролонгированного действия). Прандиальная терапия направлена, по существу, на устранение дефицита инсулина при приеме пищи и может проводиться как инсулином короткого действия, так и короткодействующим аналогом инсулина.

Позитивной стороной прандиальной инсулинотерапии является отсутствие необходимости вводить инсулин за 30 мин до еды, исключаются перекусы, уменьшается количество гипогликемий и облегчается контроль массы тела.

Главные факторы, требующие внимания, активного взаимодействия медицинского работника и пациента при начале ИТ и в некоторой мере лимитирующие адекватное использование ИТ, включают увеличение риска гипогликемий, массы тела и необходимость понимания пациентом правил управления заболеванием (учет питания, самоконтроль гликемии, навыки коррекции дозы инсулина и др.). Именно эти факторы являются определяющими при выборе метода и оптимальных препаратов для ИТ. В то же время надо понимать, что когнитивный дефицит, зачастую имеющий место у пациентов с СД2, особенно пожилого возраста, также является фактором, требующим особого внимания медицинского персонала и лиц, осуществляющих уход [8].

NB!

В лечении инсулином выделяют два отдельных периода, каждый из них имеет потенциально различный риск развития гипогликемии. Начальный период, или период титрования дозы, в большинстве случаев продолжается 6–12 недель, а после этого начинается период поддерживающей терапии, в течение которого доза инсулина остается стабильной, за исключением случаев коррекции дозы по нуждам пациента (например, гипогликемии, погрешности питания).

ЛИПОГИПЕРТРОФИЯ – ПОБОЧНОЕ ДЕЙСТВИЕ ПОДКОЖНОЙ ИНСУЛИНОТЕРАПИИ

После внедрения инсулина в клиническую практику было замечено, что частые инъекции в одни и те же участки кожи могут приводить к уплотнению подкожной жировой клетчатки, получившему название «липогипертрофия» (далее – ЛГ) [4]. Это достаточно частый побочный эффект подкожной инсулинотерапии, возникающий у более 50% пациентов с СД 1 типа (СД1). Общая распространенность ЛГ составила 37,3% (27,4% 1-й степени, 9,7% 2-й степени и 0,2% 3-й степени) [10]. За последние 5 лет уровень распространенности ЛГ среди пользователей инсулина колеблется в широких пределах от 11,1% до 73,4% [23]. Исследования показали, что пациенты с липогипертрофией почти в шесть раз чаще сообщают о необъяснимой гипогликемии, чем пациенты без нее [13].

ЛГ могут обнаруживаться в любом возрасте, при любой длительности инсулинотерапии, в любом месте, куда делается инъекция инсулина и быть любых размеров [5]. Уровень

ЛГ в значительной степени связан с продолжительностью диабета, длиной иглы, продолжительностью инсулинотерапии, отсутствием систематической смены мест инъекции инсулина и плохим гликемическим контролем [10]. Пациенты часто сообщают, что предпочитают делать инъекции в место поражения ЛГ, так как эти инъекции безболезненны.

Очевидно, что в клинической практике ЛГ играют важную роль. Отмечается сниженная и переменная абсорбция инсулина, введенного в очаги поражения ЛГ. Это может привести к увеличению потребности в инсулине, а также может вызвать высокую изменчивость гликемии. Возникающие в результате эпизоды необъяснимой гипогликемии и гипергликемии могут привести к ненужной диагностике и срыву попыток достижения оптимального гликемического контроля [16].

Патологически измененная подкожно-жировая клетчатка за счет нарушения всасывания инсулина становится непригодной для инъекций. Учитывая ограниченное количество зон, доступных для инсулинотерапии (наружная поверхность плеч, передняя поверхность живота, передняя поверхность бедер и ягодицы), потеря даже нескольких участков доставляет немало трудностей в контроле уровня глюкозы крови.

В России частоты смены мест инъекций, частоты смены игл показывает, что, несмотря на осведомленность, пациенты не соблюдают необходимые правила. Так, подавляющее большинство пациентов меняют иглы 1 раз за 10 инъекций, ни один больной не менял иглы после каждой инъекции. Возможно, это связано с тем, что сам вид ЛГ изменился и в большинстве случаев ЛГ не видны невооруженным глазом, что приводит к созданию иллюзии о благополучии.

Профилактика ЛГ

При ЛГ профилактика является ключом к лечению. Условно выделяют четыре уровня профилактики: начальный, первичный, вторичный и третичный. Пятый уровень, а именно четвертичная профилактика, относится к предупреждению, был определен недавно.

Первичная профилактика подразумевает проведение общих оздоровительных мероприятий для всего населения, чтобы предотвратить возникновение факторов, которые могут привести к заболеванию. В контексте ЛГ под всем населением понимаются все люди с диабетом 2 типа.

Любое действие, которое предотвращает или откладывает использование инсулина, не оказывая негативного влияния на гликемический контроль, может быть включено в список первичных профилактических мер. Первичная профилактика означает предотвращение состояния до его возникновения. Оптимальная техника инъекций, включая чередование мест и избегание повторного использования игл, имеет первостепенное значение для первичной профилактики ИБС, включая ЛГ [19].

Если ЛГ все же возникла, можно проводить вторичную профилактику, т.е. раннее выявление и своевременное лечение ЛГ. Это достигается путем регулярного осмотра мест введения инсулина медицинским работником и дополняется самообследованием. Вторичная профилактика помогает предотвратить ухудшение состояния и ограничить осложнения, которые могут возникнуть в связи с этим. Самообследование места введения инсулина может помочь выявить ЛГ до возникновения клинически значимых осложнений и избежать чрезмерной потребности в инсулине, а также нежелательной переменности контроля уровня глюкозы.

После того, как ЛГ вышла за пределы ранних стадий, все еще возможно провести профилактику посредством так называемой "третичной профилактикой". Таким образом, третичная профилактика относится к вмешательству на поздней стадии патогенеза. Осложнения ЛГ включают повышенную потребность в инсулине и повышенный риск переменности гликемии, что подвергает пациента риску как гипогликемии, так и гипергликемии. Этого можно избежать, избегая инъекций в место ЛГ. Это может быть непросто, поскольку пациенты часто

предпочитают продолжать делать инъекции в область ЛГ, так как это менее болезненно. Необходимо четко объяснить пациенту недостатки инъекций в очаги ЛГ.

При переходе от инъекций в место ЛГ к введению инсулина в обычное место необходимо учитывать, что потребность в инсулине может измениться. Обычно при введении инсулина в нормальную подкожную клетчатку требуется меньшее количество инсулина, поэтому дозы инсулина необходимо часто корректировать, основываясь на результатах мониторинга глюкозы. Это помогает предотвратить такие осложнения, как гипогликемия, и может быть отнесено к третичной профилактике [20].

Четвертичная профилактика, первоначально определенная Jamouille (Джамуллем), - это "действия, предпринимаемые для выявления пациента, подверженного риску чрезмерной медикализации, чтобы защитить его от нового медицинского вторжения и предложить ему этически приемлемые вмешательства". В контексте лечения диабета это можно перефразировать следующим образом: "избежание чрезмерного обследования, чрезмерной диагностики, чрезмерного лечения" [17]. ЛГ можно диагностировать клинически, и, хотя изучается роль ультразвука и других технологий, следует избегать ненужных исследований.

Не следует паниковать при наличии таких безобидных осложнений как кровотечения и синяки при инъекциях инсулина и из-за развития таких ожидаемых явлений как инъекционные узелки при еженедельных инъекциях агониста рецептора глюкагоноподобного пептида 1 (GLP1RA). В то же время не следует пропускать такие диагнозы, как амилоидоз или липоатрофия [18].

В России решение проблемы ЛГ было найдено в разработке математической модели по прогнозированию ЛГ у больных СД, получающих инсулинотерапию, с высокими показателями эффективности, хорошего качества, обладающая высокой прогностической ценностью (86%), удовлетворяющая требованиям, предъявляемые к скрининговым моделям [4].

МЕСТА ДЛЯ ИНЪЕКЦИЙ

Техника введения лекарственного препарата пациентам с сахарным диабетом типа 2

- ✓ Места для инъекции следует систематически чередовать, чтобы избежать липогипертрофии, и выполнять на расстоянии не менее 1 см (ширина 1 пальца) от предыдущих инъекций (Степень А, УД II).
- ✓ Медицинский работник должен осматривать места инъекций у пациента при каждом посещении (уровень А, УД II).
- ✓ После введения инсулина пациенту следует медленно сосчитать до 10, а затем извлечь иглу из кожи. Это необходимо для того, чтобы предотвратить выход лекарства из места инъекции и, таким образом, чтобы пациент получил полную дозу.

оказывает большое влияние на его терапевтические свойства. Оптимальным местом для введения инсулина является подкожная жировая ткань. Следует избегать внутримышечного введения инсулина, затрудняющего поддерживать требуемый гликемический контроль. Подкожное введение инсулина обеспечивает его всасывание в систему кровообращения, а не в портальную систему, где происходит всасывание инсулина, вырабатываемого организмом. Подкожная жировая ткань продлевает процесс всасывания инсулина, что означает, что время введения инсулина следует тщательно планировать с учетом питания, физических нагрузок и типа инсулина.

При инъекции инсулина учитываются различные факторы, в том числе выбор места, чередование места инъекции, качество кожной складки и техника инъекции. Рекомендуемыми местами для инъекции и инфузии являются живот, бедро, ягодица и плечо.

Ранее рекомендуемые иглы для подкожных инъекций длиной ≥ 8 мм для взрослых и ≥ 6

мм для детей в настоящее время считаются слишком длинными, поскольку увеличивают риск внутримышечных инъекций и отсутствия доказательств улучшения контроля.

Длина иглы 4 мм достаточна для того, чтобы пройти через кожу и войти в подкожную ткань с небольшим риском в/м или внутрикожной инъекции, поэтому она считается самой безопасной иглой для взрослых и детей независимо от пола, этнической принадлежности или индекса массы тела (ИМТ). 5-ти миллиметровая игла может быть приемлемой для лиц с ожирением. Очень маленьким детям (≤ 6 лет) и очень худым взрослым следует использовать иглу диаметром 4 мм, приподняв кожную складку и введя в нее иглу перпендикулярно. Другие могут делать инъекции с помощью иглы диаметром 4 мм, не поднимая кожной складки.

Внутримышечная инъекция и быстродействующий инсулин

Непреднамеренное введение инсулина внутримышечно приводит к нестабильности гликемического контроля. Исследование показало, что скорость абсорбции быстродействующего инсулина, введенного в мышцу, как минимум, на 50% выше, чем из подкожной клетчатки на бедре. В отличие от этого скорость абсорбции при подкожном и внутримышечном введении инсулина в области живота практически одинакова; поэтому, чтобы свести к минимуму ежедневные колебания, связанные с абсорбцией инсулина, рекомендуется всегда вводить инсулин быстрого действия в брюшную полость.

Правила обращения с инсулином

1) Инсулин следует перевозить безопасно, без излишней тряски и воздействия высоких ($> 32^{\circ}\text{C}$) температура окружающей среды.

(2) Инсулин нельзя перевозить при температуре ниже 0°C .

(3) Если инсулин необходимо хранить дома более 2 месяцев, его следует хранить при рекомендуемой температуре $2-8^{\circ}\text{C}$.

(4) Соответствующие инструкции должны быть даны пациентам при выдаче инсулина.

(5) Транспортировка инсулина из медицинского учреждения домой может быть безопасно осуществлена без пакета со льдом, если не предусмотрены экстремальные температуры. Если существует неопределенность в отношении воздействия высоких температур ($> 30^{\circ}\text{C}$), рекомендуется транспортировать инсулин в пакете со льдом.

(6) Отсутствие холодильного оборудования дома может вынудить пациентов использовать импровизированные системы охлаждения, такие как хранение флаконов с инсулином погруженными в воду. Их следует использовать с осторожностью, поскольку они могут привести к загрязнению инсулина и последующим абсцессам после инъекции.

Если случайно сделать внутримышечную инъекцию быстродействующего инсулина в бедро, это может привести к гипогликемии. Исследование показало, что если инсулин вводится внутримышечно, а затем следует физическая тренировка (например, езда на велосипеде), то увеличение инсулина в плазме во время и после занятий более чем в два раза снижает уровень глюкозы в крови с риском гипогликемии. Чтобы избежать описанной выше ситуации, пациентам рекомендуется делать инъекции в кожную складку и/или использовать более короткие иглы (8 мм).

Если случайно сделать внутримышечную инъекцию быстродействующего инсулина в бедро, это может привести к гипогликемии. Исследование показало, что если инсулин вводится внутримышечно, а затем следует физическая тренировка (например, езда на велосипеде), то увеличение инсулина в плазме во время и после занятий более чем в два раза снижает уровень глюкозы в крови с риском гипогликемии. Чтобы избежать описанной выше ситуации, пациентам рекомендуется делать инъекции в кожную складку и/или использовать более короткие иглы (8 мм).

Внутримышечная инъекция инсулина промежуточного действия

Инсулин, введенный внутримышечно, всасывается почти в два раза быстрее, чем инсулин, введенный подкожно, что усложняет гликемический контроль. Для достижения наиболее длительного действия инсулина промежуточного действия и наименьших колебаний, связанных с абсорбцией, рекомендуется использовать бедро для подкожного введения инсулина промежуточного

действия, а не для внутримышечной инъекции. Рекомендуется использовать иглы короче 5 мм и/или делать инъекцию в кожную складку, чтобы избежать внутримышечного введения.

Риски внутримышечных инъекций

За последние 10-15 лет было проведено множество исследований с использованием радиологических методов, которые позволили получить огромное количество информации о многочисленных рисках, связанных с внутримышечным введением инсулина, поскольку расстояние между подкожной клетчаткой и мышцами зачастую меньше, чем предполагалось ранее. Кроме того, это расстояние значительно отличается в разных анатомических областях. С помощью компьютерной томографии была оценена толщина подкожной жировой ткани в местах инъекций у 91 пациента с диабетом с нормальным весом:

Бедро: верхний латеральный квадрант бёдер - 7 мм у мужчин и 14 мм у женщин. При этом 48% женщин и 91% мужчин делают инъекцию в мышцу иглой длиной 12,5 мм не формируя кожную складку. В самый верхний квадрант и в медиальной мышцу бедра риск внутримышечной инъекции был меньше, но все же присутствовал.

Живот: у 28% женщин и 44% мужчин было менее 13 мм подкожной жировой ткани латеральнее пупка, который является областью с наибольшим слоем жира на животе.

Бедро: подкожная жировая ткань, измеренная в месте наибольшей толщины слоя жира - по вертикальной линии от тазовой кости - составила 55 мм от кожи до мышцы у женщин и 38 мм у мужчин, что означает, что инъекцию в бедро можно проводить без использования кожной складки.

Плечо (1/3 расстояния между плечом и локтем). При этом подкожная жировая клетчатка у женщин составляла 15,1 мм, у мужчин - 12,2 мм. Это означает, что существует высокий риск внутримышечной инъекции. Также трудно сформировать кожную складку, поэтому инъекция в руку иглой длиной 12,5 мм не рекомендуется. Это исследование было подтверждено Thow et al. , которые установили, что средняя толщина подкожной жировой клетчатки на руке у 50 человек с сахарным диабетом составила 5,8 мм у мужчин и 10,1 мм у женщин, поэтому инъекции в плечо не могут быть рекомендованы из-за высокого риска внутримышечных инъекций.

В подобных исследованиях участвовали дети и молодые люди:

Живот: у 32-84% девочек и 55-95% мальчиков толщина подкожной жировой клетчатки была менее 8 мм в центральной части живота.

Бедро: у 16-44% девочек и 41-95% мальчиков жировая прослойка была менее 8 мм. Подкожная жировая клетчатка у девочек была значительно толще, чем у мальчиков, за счет ее увеличения после начала полового созревания.

Основные правила инсулинотерапии:

1. Короткие иглы длиной 4–5 мм имеют ряд преимуществ перед иглами средней длины (6–8 мм) и длинными иглами (10–12,7 мм), так как техника выполнения инъекций более проста и не требует формирования кожной складки, инъекции выполняются под углом 90° к поверхности кожи.
2. При выполнении инъекций иглами средней длины (6–8 мм) необходимо делать инъекцию в кожную складку.
3. Инъекции длинными иглами 10–12,7 мм создают максимальный риск внутримышечного введения инсулина по сравнению с иглами меньшей длины, поэтому инъекции выполняются в кожную складку под углом 45°.
4. Короткие иглы меньше травмируют подкожную жировую клетчатку, что в дальнейшем снижает риск развития липогипертрофий в местах инъекций.

5. Самые короткие иглы (в настоящее время 4-мм иглы для шприц-ручек и 6-мм иглы для шприцев) безопасны, эффективны и менее болезненны, и должны рекомендоваться в первую очередь всем категориям пациентов;
6. Следует избегать внутримышечных инъекций, особенно инсулинов длительного действия, поскольку это может привести к тяжелой гипогликемии;
7. Липогипертрофия — частое осложнение, нарушающее всасывание инсулина, в связи с чем инъекции и инфузии в эти очаги делать нельзя, а правильная ротация мест для инъекций поможет их предотвратить;
8. Следует избегать чрезмерного наклона иглы, так как это приводит к субэпидермальной инъекции инсулина, к плохому его всасыванию и может вызвать «татуировку» на коже и рубцевание.
9. Эффективная долгосрочная терапия инсулином в решающей степени зависит от преодоления психологических барьеров на начальном этапе, даже до начала введения инсулина.
10. У истощенных пациентов с кожей типа «папирусная бумага» инъекции следует, по возможности, начинать с помощью инъекционных шприц-ручек, чтобы использовать иглу диаметром 4 мм, не поднимая кожную складку; в противном случае потребуется кожная складка, если используются более длинные иглы.
11. Повторное использование игл и шприцев не рекомендуется. Однако, поскольку повторное использование шприцев и игл практикуется по разным причинам и многими пациентами, следует рекомендовать не превышать повторного использования иглы более 5 раз [11].

Соблюдение этих новых рекомендаций должно привести к более эффективной терапии [14]

Послесловие

Более 35 лет для лечения пациентов с СД активно применяется постоянная подкожная инфузия инсулина (ППИИ), также известная как помповая инсулинотерапия. Как утверждают эксперты Американской ассоциации клинических эндокринологов (American Association of Clinical Endocrinologists, ААСЕ), точное количество пациентов, использующих инсулиновую помпу, оценивается в диапазоне от 350 000 до 515 000 [2].

Современные инсулиновые помпы – это компактные устройства, которые могут частично имитировать работу поджелудочной железы здорового человека. Модели помп последнего поколения позволяют индивидуально устанавливать программы введения инсулина в зависимости от образа жизни пациента.

Перевод на ПИ позволяет улучшить состояние углеводного обмена при СД I типа, обеспечивая более низкие значения пре- и постпрандиальной гликемии, уровня HbA1c, снижение частоты гипогликемических реакций и суточной дозы инсулина. Помимо достижения компенсации СД I типа перевод на ПИ способствует значительному улучшению качества жизни пациентов. При отсутствии необходимости делать дополнительные инъекции повышается степень свободы пациента в отношении режима питания и образа жизни в целом. Эти данные подтверждаются исследованиями. Как показала, в частности, работа, Калиничевой Е.А. и соавт., применение помповой инсулинотерапии для лечения пациентов с СД I позволяет снизить суточную дозу инсулина, снижает вариабельность гликемии и улучшает ее контроль, способствуя профилактике развития осложнений заболевания [7].

Несмотря на увеличение доступности ПИ, число пациентов, применяющих данный метод инсулинотерапии, является недостаточным. У системы есть ряд недостатков, которые отмечают сами пациенты. Среди них - стоимость расходных материалов, неудобство во время сна, система трубок цепляется за предметы, звуковые сигналы, издаваемые помпой, в том

числе при нормогликемии [9]. Результаты исследования указывают на необходимость просветительской деятельности среди населения с целью снятия стигмы с больных СД 1-го типа, так как пациентам требуется взаимодействовать с помпой в общественных местах, не опасаясь осуждения и повышенного внимания. В программе обучения пациентов особое внимание рекомендуется уделить алгоритму действий при повреждении устройства с целью снятия тревожности [3]. Безусловно, этими вопросами должна владеть и медицинская сестра.

Использованная литература

1. Аметов А. С., Черникова Н.А. Проблемы гликемического контроля у пациентов с сахарным диабетом типа 2 на инсулинотерапии // *Эндокринология: Новости. Мнения. Обучение.* 2013. №3.
2. Барсуков И.А., Демина А.А., Древаль А.В. Выбор базального режима введения инсулина на старте помповой инсулинотерапии в рутинной клинической практике // *Альманах клинической медицины.* 2021. №5.
3. Батрак Г.А., Калаева О.И. Опыт применения помповой инсулинотерапии: клиническая эффективность и влияние на качество жизни пациентов // *Вестник ИвГМА.* 2018. №3
4. Волкова Н. И., Давиденко И. Ю., Рудакова Ю. А. Модель по оценке риска наличия липогипертрофий у больных сахарным диабетом, получающих инсулинотерапию // *Архивъ внутренней медицины.* 2014. №3
5. Волкова Н. И., Давиденко И. Ю. Липогипертрофии у больных, получающих инсулинотерапию: современное состояние проблемы // *Сахарный диабет.* 2011. №2.
6. Генделека Г.Ф., Генделека А.Н. Инсулинотерапия сахарного диабета второго типа // *МЭЖ.* 2020. №1.
7. Калиничева Е. А., Акбашева Д. А. Применение помповой инсулинотерапии у пациентов с сахарным диабетом 1 типа // *Эндокринология: Новости. Мнения. Обучение.* 2020. №4 (33).
8. Мохорт Т.В. Инсулинотерапия в лечении сахарного диабета 2-го типа: современные акценты базальной инсулинотерапии // *Медицинские новости.* 2020. №7 (310).
9. Перетягко А. Б. Оценка психосоциальных аспектов жизни пациентов с сахарным диабетом 1 типа на помповой инсулинотерапии // *Эндокринология: Новости. Мнения. Обучение.* 2021. №3 (36).
10. Al Ajlouni M, Abujbara M, et al. Prevalence of lipohypertrophy and associated risk factors in insulin-treated patients with type 2 diabetes mellitus. *Int J Endocrinol Metab.* 2015 Apr 30;13(2):e20776. doi: 10.5812/ijem.20776. PMID: 25926852; PMCID: PMC4397947.
11. Bahendeka S, Kaushik R, et al. EADSG Guidelines: Insulin Storage and Optimisation of Injection Technique in Diabetes Management. *Diabetes Ther.* 2019 Apr;10(2):341-366. doi: 10.1007/s13300-019-0574-x. Epub 2019 Feb 27. PMID: 30815830; PMCID: PMC6437255
12. Deng N., Zhang X., et al. Prevalence of lipohypertrophy in insulin-treated diabetes patients: a systematic review and meta-analysis. *J Diabetes Investig.* 2017;9(3):536–543
13. Freemantle N, Danchin N, et al. Relationship of glycaemic control and hypoglycaemic episodes to 4-year cardiovascular outcomes in people with type 2 diabetes starting insulin. *Diabetes Obes Metab.* 2016 Feb;18(2):152-8.
14. Frid AH, Kreugel G, et al. New Insulin Delivery Recommendations. *Mayo Clin Proc.* 2016 Sep;91(9):1231-55. doi: 10.1016/j.mayocp.2016.06.010. PMID: 27594187.
15. Hussein A, Mostafa A, et al. The perceived barriers to insulin therapy among type 2 diabetic patients. *Afr Health Sci.* 2019 Mar;19(1):1638-1646.
16. Tandon N, Kalra S, et al. Форум по технике инъекций (FIT), Индия: Индийские рекомендации 2.0, передовой опыт в технике инъекций инсулина, 2015 г. *Indian J Endocr Metab* 2015; 19: 317-31.
17. Jamouille M, Roland M. Quaternary prevention. Paper presented at the Hong-Kong Meeting of the Wonca Classification Committee, June 1995.
18. Kalra S, Kumar A, Gupta Y. Prevention of lipohypertrophy. *J Pak Med Assoc.* 2016 Jul;66(7):910-1. PMID: 27427150.
19. Park K. Park's textbook of preventive and social medicine. 20th ed. Jabalpur: M/s Banarsidas Bhanot Publishers; 2009; pp 38-40.
20. Porta M, ed. Dictionary of Epidemiology, 5th ed. New York, NY. Oxford University Press, 2008; pp 192-193.
21. Riddle MC, Bolli GB, et al. New insulin glargine 300 units/mL versus glargine 100 units/mL in people with type 2 diabetes using basal and mealtime insulin: glucose control and hypoglycemia in a 6-month randomized controlled trial (EDITION 1). *Diabetes Care.* 2014;37(10):2755–2762.
22. Silver B, Ramaiya K, et al. EADSG Guidelines: Insulin Therapy in Diabetes. *Diabetes Ther.* 2018 Apr;9(2):449-492.
23. Xu XH, Carvalho V, et al. Lipohypertrophy: prevalence, clinical consequence, and pathogenesis. *Chin Med J (Engl).*



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

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

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ «СПЕЦИАЛИСТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ» 2023, № 31

E-mail: 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, www.galanika.com