

2020, № 22

СПЕЦИАЛИСТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

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

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

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

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

ISSN 2413-6271

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

Спонсор выпуска –
ПРОО МР СПб

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

Журнал выходит с 2013 г.

Адрес редакции:
Санкт-Петербург, Пискаревский пр., 47
Кафедра гериатрии, пропедевтики и управления в сестринской деятельности

По вопросам подписки на электронную версию обращаться по адресу:

mediteka21@mediteka.ru

Оригинал-макет –
Цуцунава М.Р.

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

ISSN 2413-6271
2020, № 22

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

СОДЕРЖАНИЕ

ОТ РЕДАКЦИИ	3
ПРАКТИКУ	
Лаптева Е.С., Цуцунава М.Р. НМО - 5 лет. Извлекаем уроки	4
ОБЗОРЫ	
Цуцунава М.Р. Сестринская ошибка. Осуждать или защищать?	10
Цуцунава М.Р., Аристидова С.Н. Гериатрическая медицинская сестра. Подготовлена ли почва для специалиста?	13
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ	
Подопригора Г.М., Ковалевский Р.Г. Проведение оценки функциональных и когнитивных нарушений у пациентов пожилого возраста. Разбор клинического случая.....	19
КЛИНИЧЕСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ	
Цуцунава М.Р. Клинические рекомендации (протоколы) в сестринской практике.....	28
СЕСТРИНСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ	
Цуцунава М.Р., Кобзарь Ю.В. Оценка качества сестринской помощи	34

Уважаемые коллеги!

...И снова карантин. Сейчас мы реже обычного должны выходить из дома. В лучшем случае – в магазин, и чтобы было недалеко от дома... И обязательно со средствами индивидуальной защиты! Так надо, мы все заинтересованы в том, чтобы остановить чуму 21 века и, желательно, с минимальными потерями...

А потери есть. И о них нам лучше всего рассказывают стихийные мемориалы, созданию которых мы обязаны тем, кто называет себя «простыми людьми». Один из таких Мемориалов – на Садовой. С фотографий, которые начали появляться 27 апреля на заграждении у закрытого на реставрацию Дома радио на Малой Садовой улице, на прохожих смотрят не только петербургские врачи, погибшие во время эпидемии. На Стене памяти есть и уборщица Центральной станции скорой помощи Антонина Антонова (ее фото принес и повесил внук), и водитель Гатчинской больницы Петр Соловьев, и гардеробщица инфекционной больницы им. Боткина Светлана Чемоданова. Сегодня там 100 фотографий.

Пройти мимо стены, не остановившись хотя бы на пару минут, невозможно. Многие задерживаются, разглядывают лица, снимают видео, читают таблички (некоторых фотографий нет). «Это что, все умершие?» — «Как много». — «Такие молодые!» — «Ужас какой!»

— То, что люди помнят и ценят ушедших докторов, дорогого стоит. «В Москве я такого не видела», — говорит москвичка Александра. — Врачи, которые знают, на что идут, и все равно они каждый день идут на эту работу.

Какова дальнейшая участь Мемориала? Мемориал на Малой Садовой будет здесь до окончания реконструкция Дома радио (по планам — до конца года). В этом заверил губернатор Петербурга.

А дальше? ... Депутат петербургского ЗакСа Борис Вишневский нашел подходящее место — в сквере на проспекте Медиков, на Петроградской стороне, где много медицинских вузов. После эпидемии будет рассмотрен вопрос о его переносе на постоянное место.

И Светлая Память о людях, отдавших свои жизни за то, чтобы жили другие, сохранится...

От редакции,

Цуцунава М.Р.

НМО- 5 ЛЕТ. ИЗВЛЕКАЕМ УРОКИ

Лантева Е.С., Цуцунова М.Р.
ФГБОУ «СЗ ГМУ им. И.И.Мечникова»

Аннотация

С 1 января 2016 года, здравоохранение перешло к системе непрерывного медицинского образования. С 01.01.2019 в рамках реализации федерального проекта «Обеспечение медицинских организаций здравоохранения квалифицированными кадрами» в систему НМО вовлекаются специалисты со средним медицинским и фармацевтическим образованием. При этом апробацию модели отработки основных принципов НМО проходили только врачи. Однако если специалистам с высшим медицинским образованием на отработку новой модели повышения квалификации дается 6 лет, а на формирование портфолио – 5 лет, то специалисты со средним медицинским образованием оказались в несколько ином положении: для лиц, подлежащих периодической аккредитации в 2021 г., сформировать портфолио за 5 лет не представляется возможным.

При этом, как показывают исследования, проблемы до сих пор остаются и у врачей. В данной статье проведен анализ основных трудностей, с которыми столкнулись и продолжают сталкиваться врачи, что, при условии их рассмотрения, поможет безболезненному вхождению среднего медперсонала в новую систему.

Почти пять лет тому назад, с 1 января 2016 года, здравоохранение перешло к системе непрерывного медицинского образования (далее – НМО). Именно с 1 января 2016 года вступил в силу Федеральный закон от 29 декабря 2015 г. № 389-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации», которым внесены изменения в Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». В соответствии со ст. 100 Федерального закона № 323-ФЗ сертификаты специалиста будут выдаваться медицинским и фармацевтическим работникам до 1 января 2021 г., а право на осуществление медицинской или фармацевтической деятельности на территории РФ на основании сертификата специалиста пролонгировано до 1 января 2026 г.

Суть концепции НМО свелась к следующему. Непрерывное образование – это формирование индивидуальной образовательной траектории в системе непрерывного медицинского образования, которая предусматривает накопление образовательной активности в размере 250 часов за 5 лет (или 50 часов за 1 год (1 час в неделю)). Из 50 ежегодных часов 36 часов должны быть получены у традиционных поставщиков образования (вузы, НИИ, федеральные центры высоких технологий) по специально разработанным и прошедшим аккредитацию программам (или процедуру соотношения содержания программы с определенным количеством баллов). Оставшиеся 14 часов медработник должен набрать сам путем посещения конференций, координационных советов, мастер-классов. Также в эти 14 часов может быть включено изучение интерактивных образовательных модулей, которые соответствуют клиническим протоколам, порядкам оказания медицинской помощи. [8]

14 часов медработник должен набрать сам путем посещения конференций, мастер-классов, вебинаров, организатором которых может выступить общественная организация.

С 01.01.2019 в рамках реализации федерального проекта «Обеспечение медицинских организаций здравоохранения квалифицированными кадрами» в соответствии с Концепцией развития непрерывного медицинского и фармацевтического образования в систему НМО вовлекаются специалисты со средним медицинским и фармацевтическим образованием. [9] Однако апробацию модели отработки основных принципов НМО проходили только врачи, готовность среднего медицинского персонала изучалась в единичных исследованиях.

При этом врачи, как показывают исследования, столкнулись и продолжают сталкиваться с определенными трудностями. В первую очередь отмечается информационный коллапс по вопросам НМО. На континууме НМО обозначились две точки: с одной стороны, это страх, неуверенность, негатив, с другой, – возможность профессионального развития. [7] Вокруг данной темы уже образовалось немало слухов, мифов и заблуждений. [1] И снова «Гладко было на бумаге...»?

Благодаря ряду тематических исследований сегодня можно извлечь определенные уроки из прожитых пяти лет и помочь среднему медицинскому персоналу войти в систему миную тернии...

Обзор имеющихся данных указывает на, как минимум, две проблемы, тормозящие развитие НМО:

- негативное отношение медицинских работников к новой системе и
- пониженная готовность к использованию дистанционных технологий.

Отношение к нововведению

В целом идею НМО на начальном этапе поддержали только 34% опрошенных медработников. [4] Несмотря на то, что, как ожидается, переход к системе НМО призван поддерживать высокий профессиональный уровень специалистов, большинство опрошенных (57%) подвергают данный тезис сомнению. [6]

В исследовании Пузыревой А.В. и соавт. более половины врачей (90,7%) отнеслись негативно к нововведению в здравоохранении в виде НМО. Не относятся серьезно и считают, что НМО – это всего лишь эксперимент – 65,3% врачей. Не уверены и сомневаются в этом – 9,3%. Четверть респондентов (25,4%), считают, что НМО является очередным этапом в развитии медицины, к чему необходимо привыкать. [7]

Одной из причин негативного отношения медицинских работников к НМО является повышенный уровень недоверия к нововведениям Минздрава России. Высокий процент затруднившихся ответить среди организаторов (42,8% против 29,9% врачей) был интерпретирован как поверхностное представление о НМО и нежелании в целом его воспринять. Не знают основных положений НМО 28,7% респондентов (62 врача и 36 организаторов), имеют недостаточный объем информации о новой системе повышения квалификации более половины опрошенных (55,4% – 102 врача и 87 организаторов). Ни один из респондентов не обратил внимания на то, что в новой системе количество часов, которое потребуется потратить на повышение уровня знаний, существенно возрастает: со 144 до 250 за 5 лет. [3]

«Неясность форм своего участия» в системе НМО для подавляющего большинства респондентов (92%) показало и исследование Полушина Ю.С., Шаповалова К.Г. На этом основании авторы предположили, что лишь 8% из опрошенных врачей, интересующихся современными тенденциями в изменении системы медицинского образования, ознакомились с документами, размещенными на портале НМО, и адекватно представляют себе суть преобразований. Скепсис в отношении НМО авторы объясняют низким качеством мероприятий, получающих аккредитацию в системе НМО; отсутствием у практических врачей желания заниматься самообразованием и повышать свою квалификацию; невысокой осведомленностью специалистов обо всех механизмах и вариантах реализации НМО. [6]

Несмотря на довольно продолжительную работу портала непрерывного медицинского образования, размещение нормативных документов на сайте Министерства здравоохранения РФ, а также реализацию пилотных проектов по разным специальностям в ряде регионов, только 2% анкетированных отметили высокую доступность пояснительных документов по пе-

реходу к системе НМО. Авторы считают, что представленная информация требует упрощенного и более понятного изложения, но, скорее всего, должно быть расширено число каналов для распространения информации, в том числе через сайты образовательных учреждений, посредством активизации работы профессиональных и общественных организаций. [6]

Способность использовать современные электронные технологии

Другим вопросом исследования является способность медработников использовать современные электронные технологии для получения необходимой профессиональной информации. При том, что, как показала работа Зерновой Н.И., Плешковой Е.М. и соавт., [4] большинство врачей могут использовать современные технологии, на рабочем месте эту информацию может получать только каждый третий врач, большинство – в домашних условиях. Получать баллы за посещение научных медицинских конференций в рамках НМО не может каждый третий респондент.

Исследование Пузыревой Л. В., Котенко Е. Н., Гетман Н. А. показало поверхностный опыт работы с компьютером, который был отмечен у большинства респондентов – 65,3% (общение в социальных сетях, переписка с родственниками и знакомыми, просмотр развлекательных передач и фильмов и т.д.). Более глубокие знания в работе с информационными носителями были отмечены у 9,3% врачей, при этом возраст их был до 28 лет. [7]

О трудностях в работе с образовательным порталом и нехваткой у врачей таких навыков или отсутствием доступа к сети на рабочих местах также сообщили Богачевская С.А., Пчелина И.В. и соавт. [3]

Результаты изучения данного вопроса с участием среднего медперсонала показали отсутствие выхода в Интернет у 30,5% опрошенных. В домашних условиях имеют компьютер с выходом в Интернет 88,1%. Не имеют компьютера ни на рабочем месте, ни дома 18,8% и 8,1% респондентов соответственно. [5]

Пилотное исследование Бахтиной И.С. и соавт. позволило изучить и выявить такие риски перехода на НМО специалистов со средним медицинским образованием как низкая приверженность специалистов к самостоятельному планированию повышения квалификации; недостаточный уровень IT-ресурсной готовности медицинских организаций; трудности реализации и контроля дистанционного обучения. [2]

Таким образом, адекватное информационное сопровождение реформы, оснащение рабочих мест компьютерами с выходом в Интернет поможет уйти от основных проблем, сопровождающих систему НМО в настоящее время, и поможет безболезненной интеграции специалистов среднего звена в систему непрерывного профессионального развития на основе непрерывного медицинского образования возможна.

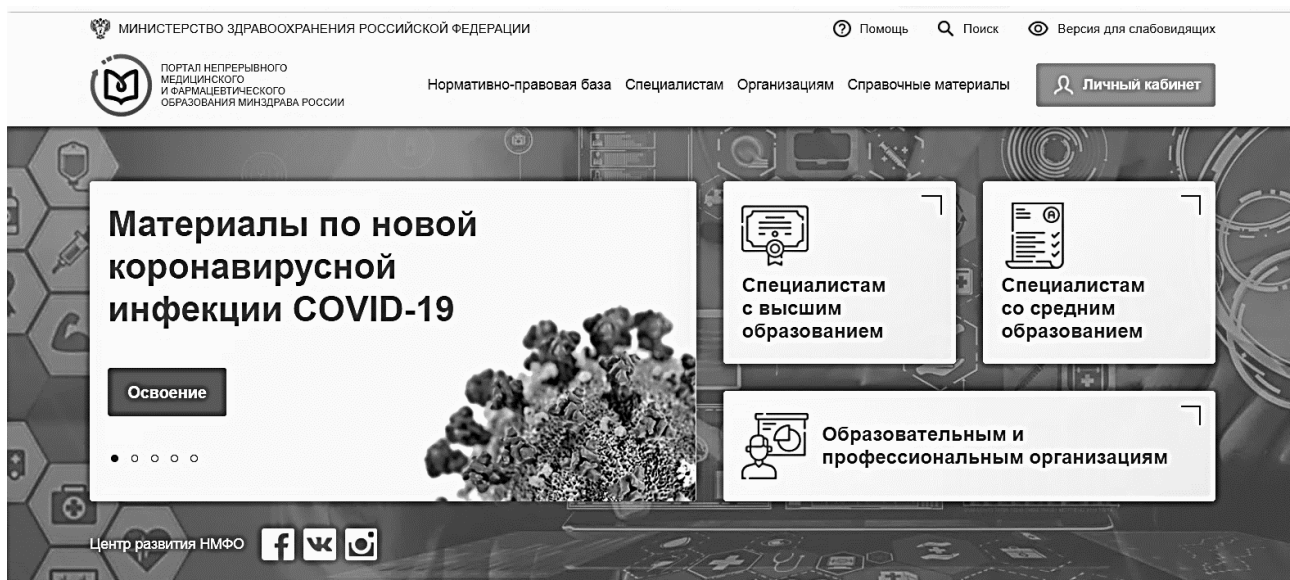
Первые шаги

Особенностью НМО стала персонификация специалистов. Для реализации этого принципа создан портал непрерывного медицинского и фармацевтического образования Минздрава России (портал НМО - <https://edu.rosminzdrav.ru>), который в настоящее время содержит образовательные элементы, соответствующие всем компонентам НМО и обеспечивает для зарегистрированных пользователей электронный учет образовательной активности.

Для повышения квалификации в новой системе специалист должен пройти регистрацию на портале НМО и сформировать свой индивидуальный 5-летний план обучения. Выбор обучающих программ или образовательных мероприятий осуществляется через Личный кабинет пользователя.

Образовательные программы и мероприятия могут быть как платными, так и бесплатными. В основном бесплатные мероприятия проводят общественные организации (профессиональные ассоциации и союзы). Однако для этого надо быть членом такой общественной организации. Профессиональные союзы могут также посодействовать в организации обучающих 36-часовых циклов для своих членов, которые проводят образовательные учреждения. Одним словом, для того, чтобы сделать первый шаг, потребуется решить целый ряд вопросов.

Учитывая все вышесказанное, хочется надеяться, что средний медперсонал сможет более уверенно влиться во все еще новую систему повышения квалификации и уйти от проблем, описанных выше. Однако в первую очередь потребуются осмыслить форму своего участия и позаботиться о формировании правильного отношения к НМО. История только начинается, мы – в самом начале пути.



Использованная литература

1. Балкизов З.З., Природова О.Ф. и др. Переход на новую систему допуска к медицинской деятельности: аккредитация и непрерывное медицинское образование // Медицинское образование и профессиональное развитие №4 (26) 2016. С. 12-18
2. Бахтина И.С., Гардеробова Л.В., Поклад Л.А., Меркушкина С.А., Якимова Н.В., Регентова Е.С., Крючкова Н.Ю. Изучение рисков перехода на систему непрерывного медицинского образования применительно к специалистам со средним медицинским и фармацевтическим образованием // ОРГЗДРАВ: Новости. Мнения. Обучение. Вестник ВШОУЗ. 2017. №2 (8).
3. Богачевская С.А., Пчелина И.В., Семенов В.Ю. К вопросу о формируемой системе непрерывного медицинского образования в России во мнениях врачей и организаторов здравоохранения Дальневосточного федерального округа // ТМЖ. 2017. №3.
4. Зернова Н.И., Плешкова Е.М. и др. Непрерывное медицинское образование и возможности практического врача // Смоленский медицинский альманах. 2018. №3.
5. Касимовская Н. А., Ивлева С. А. Современное состояние и перспективы интеграции специалистов со средним медицинским образованием в систему непрерывного профессионального развития // Медицинское образование и профессиональное развитие. 2020. №3 (39).
6. Полушин Ю.С., Шаповалов К.Г. Готово ли сообщество врачей анестезиологов-реаниматологов к системе непрерывного медицинского образования? // Вестник анестезиологии и реаниматологии. 2017. №5.
7. Пузырева Л. В., Котенко Е. Н., Гетман Н. А. Непрерывное медицинское образование: мнения и доводы // Крымский терапевтический журнал. 2017. №4 (35).
8. Кредитно-модульная система непрерывного медицинского образования // Ремедиум Приволжье. 2016. №3 (143). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/kreditno-modulnaya-sistema-neprepryvnogo-meditsinskogo-obrazovaniya>
9. Национальный проект «Здравоохранение»: выступление С.А. Краевого, зам. Министра здравоохранения Российской Федерации от 23.07.2018 [Электронный ресурс]. URL: <http://www.roszdravnadzor.ru/documents/53487> (дата обращения: 02.06.2020)

ОСОБЕННОСТИ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ОЦЕНКИ ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ

Рекомендация: необходимыми элементами предоперационной оценки пациентов пожилого и старческого возраста являются определение когнитивного статуса и выявление факторов риска развития послеоперационного делирия, наличие депрессии и зависимости от алкоголя и психотропных препаратов (IA).

Для оценки когнитивного статуса рекомендовано применение теста Mini-Cog и теста «Рисование часов», которые обладают высокой чувствительностью и специфичностью. Тест Mini-Cog осуществляется следующим способом:

- 1) пациенту называют и предлагают запомнить 3 слова: «лимон», «ключ», «шар»;
- 2) затем просят нарисовать циферблат часов и отметить самостоятельно время — 8 ч 20 мин;
- 3) в конце тестирования пациента просят вспомнить и назвать 3 слова из п. 1.

Если пациент не назвал 3 слова либо назвал только 1–2 слова, то предполагают деменцию. Если допущены ошибки в тесте «Рисование часов», то также предполагают деменцию. Если часы и стрелки нарисованы правильно — деменции нет. Снижение когнитивной функции является основным фактором риска развития послеоперационного делирия у пожилых пациентов.

Периоперационное ведение пациентов высокого риска развития послеоперационного делирия должно содержать меры по профилактике данного осложнения, включая отказ от использования антигистаминных препаратов и бензодиазепинов.

Для скрининговой оценки наличия депрессии возможно применение опросника PHQ-2, который состоит из двух вопросов:

1. За последние 12 месяцев был ли период, длящийся более 2 недель, когда вы чувствовали себя грустным или подавленным?
2. За последние 12 месяцев был ли период, длящийся более 2 недель, когда вы не занимались делами, которыми обычно занимаетесь, или когда вы не получали удовольствия от вещей, от которых обычно получаете? При положительном ответе на один из вопросов высока вероятность депрессии.

Для оценки алкогольной зависимости рекомендован скрининговый тест CAGE. При положительном результате в периоперационный период необходима профилактика синдрома отмены, включая поливитаминотерапию (тиамин и фолиевая кислота)

Рекомендация Предоперационная оценка должна соответствовать рекомендациям ACC/ANA, которые включают в себя калькулятор кардиального риска (IA).

В настоящее время наиболее эффективным методом скрининговой оценки риска сердечно-сосудистых осложнений является пересмотренный индекс Lee (рекомендован для предоперационной оценки Европейским обществом анестезиологов). Отсутствие факторов риска, согласно индексу Lee, независимо от возраста свидетельствует о низком риске периоперационных неблагоприятных сердечно-сосудистых инцидентов в некардиальной хирургии.

Рекомендация: Оценка респираторного риска должна производиться с помощью шкалы риска послеоперационной дыхательной недостаточности. Предоперационная стратегия должна быть направлена на уменьшение риска послеоперационных легочных осложнений, в том числе коррекцию терапии ХОБЛ, отказ от курения, предоперационную тренировку дыхательной мускулатуры и определение функции внешнего дыхания (IA).

Рекомендация: Старческую астению (хрупкость) рекомендовано выявлять с помощью критериев Fried (IIB).

Согласно критериям теста Fried, к признакам хрупкости относят: снижение массы тела, динамометрически доказанное снижение силы кисти (саркопения), выраженная слабость и повышенная утомляемость, снижение скорости передвижения, значительное снижение физической активности. Старческую астению констатируют при наличии 3 и более симптомов, в случае же присутствия 1 или 2 из них имеет место синдром старческой преастении.

Рекомендация: У пациентов пожилого и старческого возраста рекомендована оценка нутритивного статуса. ИМТ менее 18,5 кг/м², уровень сывороточного альбумина менее 30 г/л, не имеющий видимой причины (без почечной или печеночной дисфункции) или более чем 10–15 % потеря веса в прошлые 6 месяцев — факторы нутритивной недостаточности. В этом случае целесообразна его коррекция специалистом нутрициологом (IB).

(Окончание – на стр. 9)

ОСОБЕННОСТИ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ОЦЕНКИ ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ (окончание)

Рекомендация: Полипрагмазия — значимый фактор риска morbидности у пожилых пациентов, назначение препаратов в периоперационный период должно быть рациональным, с исключением потенциально нежелательных (IA).

Полипрагмазия — термин, предложенный для описания состояния пациентов, принимающих более 4 препаратов одновременно. Из-за снижения с возрастом функциональных резервов происходит повышение чувствительности пациентов к лекарственным препаратам, что увеличивает вероятность развития побочных эффектов. В этой связи гериатрические пациенты требуют индивидуального подхода к фармакотерапии. Необходимо определить лекарства, применение которых должно быть прекращено до операции в соответствии с обновленными критериями Beers.

Рекомендация: Термометрия, коррекция и профилактика гипотермии (конвекционное согревание пациентов, согревание инфузионных растворов) должны быть доступны на протяжении всего периоперационного периода. Поддержание нормотермии позволяет снизить риск осложнений (IA).

Пожилые пациенты более подвержены переохлаждению в периоперационном периоде. Гипотермия у них ассоциирована с такими неблагоприятными исходами, как послеоперационный делирий, нарушение функции сердца, более длительное пребывание в стационаре и плохое заживление ран. Необходимо проводить регулярную оценку температуры тела, а также осуществлять форсированное согревание воздуха и инфузионных растворов, конвекционный обогрев пациентов, в том числе во время транспортировки, а также в палатах пробуждения и отделениях реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ)

Рекомендация: Позиционирование пожилых пациентов должно выполняться с осторожностью ввиду высокого риска травматизации (IB).

Рекомендация: Контроль болевого синдрома у пожилых пациентов с когнитивной дисфункцией должен осуществляться невербальными способами. Мультиמודальные методы анальгезии являются методами выбора, опиоиды необходимо применять с осторожностью (IA). Оптимальной является комбинация парацетамола с нестероидными противовоспалительными препаратами (IA).

Рекомендация: В течение всего периоперационного периода необходимо применять меры по профилактике послеоперационного делирия ввиду высокого риска его развития у пожилых больных, а также проводить его диагностику в течение 5 дней послеоперационного периода (IA).

Важно не сам выбор метода диагностики, а умение персонала им пользоваться и единое его понимание всеми сотрудниками отделения.

Рекомендация: Пациенты пожилого и старческого возраста находятся в группе риска развития послеоперационной когнитивной дисфункции. Оценка когнитивного статуса должна проводиться до операции и в послеоперационный период (IA).

Рекомендация: Нутритивная поддержка является важным компонентом послеоперационного периода, раннее энтеральное питание предпочтительно, необходима профилактика аспирации (IA).

Для улучшения процесса заживления ран и послеоперационного восстановления питание должно быть возобновлено в максимально ранние сроки после операции. Энтеральное питание улучшает результаты хирургического лечения пожилых пациентов по сравнению с парентеральным питанием. Все пациенты пожилого и старческого возраста, подвергшиеся оперативному вмешательству, должны находиться в положении с приподнятым головным концом кровати и сидеть в максимально вертикальном положении во время еды и в течение 1 часа после приема пищи. Необходимо проводить ежедневную оценку волеического статуса, по крайней мере в первые 5 суток послеоперационного периода, с помощью оценки водного баланса или взвешивания.

Источник: *Вестник интенсивной терапии имени А.И.Салтанова*

СЕСТРИНСКАЯ ОШИБКА: ОСУЖДАТЬ ИЛИ ЗАЩИЩАТЬ?

Цуцунова М.Р.

ФГБОУ «СЗ ГМУ им. И.И.Мечникова»

10 лет тому назад, в 2010 году, в журнале «Медицинская сестра» № 1 была опубликована статья «Внимание: медсестринская ошибка!». Из самого названия понятно, какая тема обсуждалась в статье, при этом авторы аргументировали необходимость ее обсуждения в связи с тем, что об ответственности врачей перед пациентами, о врачебных ошибках говорилось много на тот момент, при этом практически не было никаких дискуссий об ответственности медсестер, что противоречило логике, так как они также всегда были участниками лечебного процесса. Не было и самого понятия «медсестринская ошибка».

За прошедшие с того момента десять лет мало, что изменилось. Само понятие до сих пор не определено, сестринские ошибки, если и обсуждаются, то в контексте такой приоритетной темы как качество медицинской помощи. В данной статье мы попытались найти ответы на ряд вопросов:

Определена ли концепция «сестринская ошибка»?

Почему медсестры ошибаются?

Какие ошибки допускают медсестры?

Какие мероприятия призваны решить проблему?

Можно ли исключить эти ошибки из сестринской практики?

Вопрос номер один: Определена ли концепция «Сестринская ошибка»?

Как показало одно из исследований, сам вопрос «Что такое сестринская ошибка?» сразу выявил значительный разброс мнений и понимания данного термина. Абсолютное большинство респондентов назвало «невнимательность», затем идут «ошибки при выполнении работы», «ошибки при выполнении врачебных назначений», близкие позиции занимают положения: «халатность», «ошибка введения лекарственных средств», «состояние пациента ухудшилось». Выводом по данному разделу анкеты является понимание того, что у самих медицинских сестер нет четкого представления о том, что же такое «сестринская ошибка». Это свидетельствует и о недостаточном внимании руководителей медучреждений к проблеме сестринских ошибок и важности их предотвращения. [6]

Вопрос номер два: Почему медсестры ошибаются?

Все причины сестринских ошибок условно делят на 4 группы:

- технические;
- физические;
- по неосторожности;
- профессиональные.

Медсестры ошибаются из-за перегрузок и частых отвлечений. В ходе своей работы медсестры решают большое количество пространственно разбросанных и коротких по времени исполнения задач, испытывая при этом необходимость постоянно отвлекаться на внешние сигналы (телефонные звонки, обращения пациентов, неотложные распоряжения врачей и т. п.) и часто прерывая выполнение задачи.

Медсестры ошибаются из-за дефектов информационного обеспечения. Во всем мире проблемой является утрата информации при передаче смен. Мало лечебных учреждений может похвастаться четким регламентом передачи информации от медсестры, сдающей смену, медсестре, принимающей смену.

Большой проблемой является неразборчивый почерк в листе назначений, невнятность информации на многочисленных ярлыках и этикетках. В большинстве больниц не отработаны системы передачи устной информации. В экстренных ситуациях врачи часто отдают устные распоряжения и лишь позже делают записи в истории болезни.

Отдельного разговора требуют звуковые сигналы. Современное оборудование имеет звуковые сигналы. В европейских больницах было обнаружено, что персонал не всегда хорошо идентифицирует сигналы, а если этих сигналов слишком много, то отключает их.

Существуют «внутренние» причины ошибок, связанные с человеческой природой (медсестра смотрела на упаковку с лидокаином, но не видела, что это не 2% раствор, а 10%, который нельзя использовать для разведения антибиотиков для внутривенного введения), автоматизм действий как причина ошибок. Очень часто, делая что-то привычное и хорошо знакомое, мы отключаем внимание и продолжаем действовать на основе «мышечной памяти», т. е. автоматически. Делая что-то автоматически, мы отключаем свое внимание и в этот момент можем не заметить изменения ситуации, требующего изменения порядка действия. [7]

К причинам сестринских ошибок отнесены дефекты образования, низкая правовая и этическая культура медсестер. Не последнюю роль в появлении погрешностей в работе играют стресс, усталость, спешка, т.е. субъективные факторы, которые являются причиной около 10% ошибок. Неправильная организация работы, недостаток опыта, игнорирование пожеланий пациента, недооценка мнения коллег в разных сочетаниях становятся причинами почти каждой выявленной ошибки. [3]

Вопрос номер два: Какие наиболее частые ошибки допускают медсестры?

Среди наиболее частых ошибок отмечают проведение обработки рук не в полном объеме; отсутствие определения целостности упаковки шприца; ошибки при наборе лекарственного вещества из флакона.

Кроме этого, ошибкой называют и слабые коммуникативные навыки. Слабость коммуникативных навыков проявлялась в том, что медицинские сестры не проводили психологическую подготовку пациента. Такие ошибки были выявлены в 12% наблюдений среди медицинских сестер приемного отделения с параклиническими подразделениями, в 8% среди медицинских сестер хирургического отделения и в 4% среди медицинского терапевтического отделения. Не озвучен ход выполнения манипуляции в 24% случаев среди медицинских сестер приемного отделения с параклиническими подразделениями, в 12% среди медицинских сестер хирургических отделений и в 9% среди медицинских сестер терапевтических отделений. [2]

Медсестры, так же как лабораторный персонал и врачи, играют значительную роль в совершении преаналитических ошибок. Появление даже незначительных ошибок на преаналитическом этапе неизбежно приводит к искажению окончательных результатов.

Огромное значение имеют факторы, влияющие на качество результатов анализов и относящиеся к компетенции среднего медицинского персонала. Это – подготовка пациента к исследованиям, методика взятия проб крови и сбора биоматериала, их правильная и своевременная доставка в лабораторию. Однако средний медицинский персонал не придает большого значения влиянию этих факторов. [1]

Типичной ошибкой, допускаемой медсестрами на преаналитическом этапе, является взятие крови из вены. Одна из ошибок при этом – неправильное наложение жгута. Вследствие данной ошибки происходит гемоконцентрация (увеличение количества эритроцитов в плазме в связи с уменьшением ее объема), что приводит к изменениям концентрации аналитов в венозной крови; помимо этого, уменьшается скорость поступления крови в пробирку.

Другой ошибкой при взятии крови является неправильный порядок смены вакуумных пробирок, в результате чего может произойти контаминация крови реагентом из предыдущей пробирки. К ошибкам на преаналитическом этапе относится также взятие крови для исследования до или после внутривенного вливания коллоидных растворов.

Наиболее типичными ошибками медсестры являются ненадлежащие действия по неосторожности: невыполнение или ненадлежащее выполнение своих обязанностей вследствие легкомысленного или небрежного к ним отношения (должностная халатность). [5]

Вопрос номер четыре: Каким образом можно решить проблему?

Ряд проведенных исследований указали на возможные пути решения проблемы. Среди них - следующие:

- само- и взаимоконтроль и материальное и иное стимулирование за работу без ошибок; по их мнению, этот показатель должен быть заложен в модель конечных результатов по итогам года;
- привлечение наставника, обучающего выполнению манипуляций;
- предпочтительным способом уменьшения риска совершения сестринских ошибок респонденты считают работу в паре: опытный специалист – молодой;
- обмен мнениями с профессионалами более высокого уровня, создание доброжелательной атмосферы сотрудничества [3]
- проведение тренингов, направленных на развитие коммуникативных навыков среди медицинских сестер;
- внедрение методики периодического тестирования;
- проведение занятий с привлечением симуляционных классов для отработки практических навыков;
- выступление с докладами на утренних конференциях;
- проведение ежегодных конкурсов для специалистов со средним медицинским образованием. [2]

Чтобы предотвратить в дальнейшем ошибки на преаналитическом этапе, рекомендуется проводить такие мероприятия как внутренний аудит; регистрировать преаналитические ошибки в журнале процедурного кабинета; проводить занятия с процедурными медсестрами, мониторинг знаний среднего медицинского персонала, для чего можно использовать тестовый контроль. Рекомендуется также нормализовать процесс работы медсестер, в том числе и этапы взятия крови. Для этого нужно разработать и внедрить СОП.

Вопрос номер пять: Можно ли уберечься от ошибок?

Ответ на этот вопрос мы нашли в работе Мыльниковой И.С. Отвечая на вопросы «Можно ли уберечься от ошибок? Можно ли исключить автоматические действия из трудовой практики?» автор цитирует мнение экспертов: нет, невозможно. Если медсестра совершила ошибку и перепутала упаковки, нужно интересоваться не тем, почему медсестра была невнимательна, а тем, почему упаковка не привлекла ее внимание и медсестра действовала привычно, не заметив изменения.

Вопрос заключается в том, согласится ли с данным мнением читатель? ...

Использованная литература

1. Косцова Н.Г., Свиридова Т.Б., Голдина Е.А., Купреева О.А. Контроль качества преаналитического этапа. Медицинская сестра. 2018; 20 (6): 46–52. <https://doi.org/10.29296/25879979-2018-06-12>
2. Масляков В. В., Смирнова Т. В. и соавт. Мероприятия по повышению эффективности сестринской деятельности военно-медицинских организаций // Проблемы стандартизации в здравоохранении. 2018. №11-12.
3. Матвейчик Т.В. Сестринские ошибки как угроза безопасности пациентов // Медицинская сестра. № 8 2014. С. 45-50
4. Мыльникова И.С.
5. Стороженко О.С., Петрова А.И. Внимание: медсестринская ошибка! // Медицинская сестра 2010 № 1

6. Щербинин П.П. Дефекты оказания медицинской помощи: сквозь призму сестринских ошибок // Медицина. 2016. Т. 21, вып. 2.
7. Почему ошибаются медицинские сестры // Медицинские новости. 2015. №10 (253). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/pochemu-oshibayutsya-meditsinskie-sestry> (дата обращения: 29.10.2020).

ГЕРИАТРИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ СЕСТРА: ПОДГОТОВЛЕНА ЛИ ПОЧВА ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТА?

Цуцунава М.Р., Аристидова С.Н.
ФГБОУ «СЗ ГМУ им. И.И.Мечникова»

Аннотация

О роли медицинской сестры в гериатрии заговорили более пятидесяти лет тому назад. Еще в 1965 году Дорин Нортон, известный теоретик в сестринском деле, писала, что ни одна медсестра в мире не должна начинать свою карьеру, не имея опыта работы в области гериатрии, которая должна быть в структуре подготовки.

В России в настоящее время наблюдается существенный недостаток квалифицированных кадров среднего медперсонала в области гериатрического ухода

Цель - рассмотреть степень определения и понимания роли гериатрической медицинской сестры в решении проблем, связанных с постарением населения и расширением группы пожилых людей, предъявляющих повышенные требования к социальному и медицинскому обслуживанию

Методы

Анализ научных материалов, опубликованных за период с 2015 по 2020 гг.

Результаты

До сих пор есть свидетельства отсутствия понимания роли медсестры в области гериатрии. Отмечается слабая подготовка медицинских сестер, а также отсутствие соответствующих стандартов сестринской деятельности в области в гериатрии.

Выводы

Роль гериатрической медицинской сестры в России требует своего дальнейшего определения с акцентом на круг обязанностей и функций, которые уже сегодня выполняют медицинские сестры, ухаживающие за пожилыми пациентами.

Сегодня система здравоохранения находится под тяжким бременем проблем, связанным с постарением населения. Одна из них определяется быстрым расширением группы очень старых людей, предъявляющих повышенные требования к социальному и медицинскому обслуживанию. Потребность лиц пожилого возраста в медицинской помощи на 50% выше, чем населения среднего возраста. Наиболее уязвимой категорией среди лиц пожилого и старческого возраста, особенно нуждающихся в медицинской помощи, уходе и социальной защите, является очень быстро растущая группа старше 80 лет, коих насчитывается в Российской Федерации более 3 млн. [11] Это, прежде всего, немощные старики, или так называемые «хрупкие» пациенты имеющие старческую астению. К таким пациентам относятся те, кто испытывает трудности при выполнении повседневных действий, не способен к самообслуживанию или имеет значимые когнитивные нарушения.

Для пациентов старшего возраста характерна полиморбидность патологии: сочетание трех патологических состояний встречается у 12,8%, четырех – у 18,7%, пяти – у 25,4%, шести и более – у 4,3% пациентов. Проблемы, связанные со здоровьем у пациентов пожилого и старческого возраста, чередуются и меняются. [4]

Рост численности населения пожилого и старческого возраста с характерными возрастными особенностями и проблемами неизбежно увеличивает количество обращений данной категории граждан за медицинской помощью как в амбулаторно-поликлинические, так и в стационарные учреждения. [8] В старших возрастных группах увеличивается число вызовов скорой помощи и обращаемость за помощью на дому при резком снижении уровня госпитализации и количества посещений в поликлинике. Анализ обращаемости за скорой медицинской помощью показал, что почти половина вызовов поступает от пенсионеров и инвалидов.

При этом в стране отмечается отсутствие рынка качественных гериатрических услуг. [3] В частности, при изучении дефектов ведения пациентов пожилого и старческого возраста в государственных учреждениях было выявлено, что дефекты анамнеза, отсутствие полного описания жалоб в государственных поликлиниках составляли 2,4%. [9] По результатам одного из исследований, лишь тридцать процентов респондентов вполне удовлетворены медико-социальным обслуживанием, около тридцати процентов пожилых людей лишь частично удовлетворены данным видом обслуживанием; а сорок процентов пожилых респондентов медико-социальным обслуживанием не удовлетворены. [2]

29 января 2016 года издан Приказ Минздрава РФ № 38н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю “Гериатрия”», согласно которому в два раза было уменьшено число гериатров, а, следовательно, и количество медицинских гериатрических сестер; нерационально трансформировано штатное расписание гериатрических амбулаторных учреждений, а главное — в худшую сторону перестроена концепция оказания гериатрической помощи населению. [12]

Таким образом становится актуальным вопрос о перспективах решения всех выше названных проблем. Одним из перспективных направлений для качественных изменений в оказании медико-социальных услуг является повышение эффективности работы и профессионализма кадрового потенциала, в том числе наиболее значительной его составляющей – сестринского персонала. [2] Не менее важен следующий постулат: возрастающий спрос на медицинское обслуживание со стороны стареющего населения потребует увеличения доли медсестер, которые позитивно относятся к пожилым людям и любят работать с пожилыми пациентами. [15]

В мировой гериатрической практике весь круг специалистов, в центре внимания которых находится конкретный пожилой пациент, формирует так называемый мультидисциплинарный коллектив, ключевой фигурой при этом во многих случаях является медицинская сестра. Это – не удивительно, ведь с учетом возрастных особенностей, совокупности медицинских, социальных и психологических проблем у пациентов пожилого и старческого возраста, как правило, высокая потребность в уходе (зачастую – длительном) и социальном обслуживании, требуемый объем лечебных мероприятий, как правило, минимальный.

Сестринский уход является основополагающим фактором не только для выздоровления пожилого человека, но и зачастую для продления его жизни. Умение грамотно и заботливо выполнять медицинские и санитарно-гигиенические процедуры, своевременно заметить изменения в состоянии больного, оказать необходимую помощь и информировать врача – это непереносимое условие успешной работы медсестры медико-социального или геронтологического отделения. Цель работы гериатрических медицинских сестер состоит в максимально возможном обеспечении условий для сохранения, соответствующего современным представлениям качества жизни пожилых пациентов. [7]

О роли медицинской сестры в гериатрии заговорили более пятидесяти лет тому назад. Еще в 1965 году Дорин Нортон, известный теоретик в сестринском деле, писала, что ни одна медсестра в мире не должна начинать свою карьеру, не имея опыта работы в области гериатрии, которая должна быть в структуре подготовки. Кроме того, она убежденно заявляла, что

пришло время критической оценки сестринской практики и что в фокусе скрупулезного изучения должен быть уход в гериатрии, так как это – чистой воды уход и тот самый чувствительный индекс, который следует использовать при оценке стандартов сестринского ухода. «Я считала и считаю, что уход за пожилыми формирует основу пирамиды практических проблем ухода, и что, если мы можем решить их на этом уровне, мы решим их в любой сфере, где проводится уход за пациентом. [16] Со второй половины 60-х годов двадцатого века началось активное обсуждение роли медицинской сестры в гериатрии. [20]

В мире ни одна медсестра не должна начинать свою карьеру, не имея опыта работы в области гериатрии, которая должна быть в структуре ее подготовки. ... Пришло время критической оценки сестринской практики. В фокусе скрупулезного изучения должен быть уход в гериатрии, так как это - чистой воды уход и тот самый чувствительный индекс, который следует использовать при оценке ухода.

Сегодня изучаются возможности улучшения работы гериатрической службы; одновременно рассматриваются возможности сокращения расходов, связанных с лечением полиморбидности в возрастной группе от 65 лет. В частности, несколько лет тому назад появилась концепция координационного ухода, основная роль в которой отведена медицинской сестре. Суть концепции - это организация деятельности по уходу за пациентом между двумя или более участниками (включая пациента), участвующими в уходе за пациентом, с целью содействия надлежащему предоставлению медицинских услуг. Организация оказания медицинской помощи включает в себя объединение персонала и других ресурсов, требуемых для проведения всех необходимых мероприятий по уходу, и часто управляется путем обмена информацией между участ-

никами, ответственными за различные аспекты оказания медицинской помощи.

Одной из наиболее важных функций координатора ухода является поддержка отношений между пациентом и врачом, чтобы пациенты с большей вероятностью следовали предписанному режиму лечения и, таким образом, помогали врачам добиваться большей эффективности в оказании медицинской помощи. Таким образом, медсестры и их координационные группы по уходу за больными оптимизируют процессы ухода, чтобы уменьшить бремя расходов, связанное с удовлетворением сложных медицинских потребностей пожилых людей. [19]

Одним из направлений сестринских исследований является определение ключевых аспектов, изучение которых помогло бы уходу за пациентами с полиморбидностью и способствовало бы предотвращению развития хронических заболеваний у населения. Работа показала, что такими аспектами являются преодоление бремени лечения, предоставление всестороннего (холистического) ухода, формирование доказательной базы, стимулирование обучения и перепрофилирование медицинских услуг. [17] Кроме того, целый ряд исследований направлен на изучение отношения практикующих медсестер, студентов-медиков к пожилым пациентам. [18] [15] [14]

В России в настоящее время наблюдается существенный недостаток квалифицированных кадров среднего медперсонала в области гериатрического ухода. [7] При этом особая роль среднего медицинского персонала в системе оказания медицинской помощи пациентам старших возрастных групп была отмечена рядом авторов (З.И. Рожковская, 2006; Г.М. Подоприсгора, 2007; С.Е. Ярцев и соавт., 2009; Г.Ф. Имельгузина, В.Л. Назифуллин, 2009; Л.И. Каспрук, Ю.В. Канюкова, 2014).

Более того, до сих пор есть свидетельства отсутствия понимания роли медсестры в области гериатрии. В частности, из работы Калинина А.В. и соавт. можно узнать, что в гериатрической службе на этапе ее становления в Приморском крае изначально не рассматривается участие в команде медицинской сестры:

«Отличительной особенностью организации гериатрической службы является командный подход к оказанию медицинской помощи пациентам пожилого и старческого возраста. Гериатрическая помощь оказывается при взаимодействии врача – гериатра с врачами различных специальностей (участковыми врачами – терапевтами, семейными врачами, врачами по медицинской реабилитации, лечебной физкультуре и другими), с работниками, имеющими высшее немедицинское образование (логопедами, медицинскими психологами), а также со специалистами по социальной работе». [5] При этом авторы признают, что с целью оказания качественной медицинской помощи по профилю «гериатрия» нужны квалифицированные медицинские кадры как врачебного, так и сестринского медицинского персонала.

Организация сестринского коечного фонда в целях оказания поддерживающей терапии и временного пребывания лиц, которые испытывают потребность в медицинском и социальном уходе, позволила повысить эффективность использования дорогостоящего коечного фонда стационарных условий пребывания и обеспечить доступность медицинской помощи социально незащищенным слоям населения, к которым относятся люди пожилого и старческого возраста. Процесс госпитализации пациентов данной возрастной группы на койки сестринского ухода заметно в свое время «разгрузил» специализированные отделения многопрофильных стационаров. [13]

При этом отмечается слабая подготовка среднего медперсонала. По результатам социологического исследования, 83% городских и 85% сельских специалистов среднего звена отмечают недостаточно четкие знания физиологического, преждевременного и патологического старения, адаптационные возможности лиц пожилого и старческого возраста. Не имеют четких знаний о течении острых и хронических заболеваний, полиморбидности, об особенностях сестринского процесса в семьях пожилых и старых пациентов. При оказании психологической помощи пожилым пациентам 95% респондентов медсестер и 85% респондентов-фельдшеров отмечают трудности из-за недостаточного знания и умения в удовлетворении потребностей пациентов в стремлении к сохранению чувства собственного достоинства, своей роли в семье. При самооценке практически все анкетированные средние медицинские работники (98%) и врачи (87%) отметили недостатки владения сестринским персоналом коммуникативными навыками общения. [6]

Анализ образовательных программ по гериатрии показал, что они не вполне соответствуют современным представлениям о содержании будущей работы обучающихся. В программах основной упор сделан на рассмотрении теоретических вопросов старения и клинических проявлений различных заболеваний у пациентов пожилого и старческого возраста, в то время как современный подход рассматривает пожилого человека в целом — с точки зрения его потребностей в поддержании физического, когнитивного и социального статуса. [7] При этом приоритетными вопросами должны быть вопросы, касающиеся особенностей ухода за пожилыми пациентами, применения новых технологий практической деятельности и форм психологического взаимодействия с пациентами соответствующего возраста. [1]

Общей проблемой, характерной для учреждений, обслуживающих пожилое население, является проблема стандартизации сестринской деятельности. Стандарты сестринской деятельности служат основой для определения эффективности и безопасности выполнения сестринским персоналом различных видов деятельности и являются эталоном для определения правильности и оценки качества их выполнения.

Кроме того, сестринский персонал учреждений медико-социального обслуживания нуждается в организационных стандартах деятельности сестринского персонала. Организационные стандарты представляют собой комплекс мероприятий, направленный на совершенствование организации процесса оказания медико-социальной помощи и труда средних меди-

цинских работников. Разработка локальных организационных документов с четким распределением функциональных обязанностей позволит руководителю сестринских служб улучшить процесс управления персоналом. [1]

В России не так давно был отмечен новый этап развития гериатрической службы. Этим этапом стала разработка порядка оказания медицинской помощи по профилю «гериатрия», утвержденного приказом Минздрава России от 29.01.2016 № 38н. В соответствии с Порядком немаловажная роль в оказании медицинской помощи по профилю «гериатрия» отводится участковой службе. На терапевтических участках, имеющих более 40% жителей пожилого и старческого возраста, вводится дополнительная должность участковой медицинской сестры. [10] Однако оценка данного новшества ожидает своего часа.

Таким образом, можно заключить, что роль гериатрической медицинской сестры в России требует своего дальнейшего определения, прежде, чем появится специальность «мед-сестра гериатрическая». Крайне важным является необходимость указать на то, какие задачи может решать или уже решает медицинская сестра, осуществляющая уход за пожилыми пациентами.

Использованная литература

1. Володин А. В. К вопросу управления качеством сестринской помощи в учреждениях, оказывающих медико-социальную помощь лицам пожилого возраста // Оренбургский медицинский вестник. 2016. №33. С. 24-27020).
2. Глухих С.И., Стацук С.В. Проблема качества подготовки сестринского персонала к профессиональной деятельности по медико-социальному обслуживанию пожилых людей // Вестник ВУиТ. 2015. №4 (19).
3. Дудовцева Ю. В. Рынок гериатрических услуг: использование мирового опыта в российской практике // Управленческое консультирование. 2019. №12 (132).
4. Имельгузина Г. Ф., Назифуллин В. Л. Социально-гигиеническая характеристика и мотивация трудовой деятельности сестринского персонала гериатрического стационара // Медицинский вестник Башкортостана. 2013. №5.
5. Калинин А. В., Каращук Е. В. и соавт. Гериатрическая помощь старшему поколению в приморском крае: этапы становления // Здоровье. Медицинская экология. Наука. 2020. №1 (80).
6. Каспрук Л. И., Канюкова Ю. В. К вопросу о модернизации сестринского медицинского образования и совершенствовании гериатрической помощи населению Оренбургской области // Вестник ОГУ. 2014. №1 (162).
7. Консон К. Роль медицинской сестры в гериатрической практике // Российский семейный врач. 2017. №1. С. 45-52
8. Новокрещенова И.Г., Чунакова В.В. и соавт. Роль среднего медицинского персонала при оказании медицинской помощи населению пожилого и старческого возраста // Клиническая геронтология. 2017. №3-4.
9. Стасевич Н.Ю., Смыслов И.Н., Немсверидзе Э.Я. Организационные основы совершенствования гериатрической помощи в медицинских учреждениях разной формы собственности // Социальные аспекты здоровья населения. 2015. Режим доступа: <http://vestnik.mednet.ru> Дата обращения: 29.02.2018
10. Ткачева О. Н., Рунихина Н. К. и соавт. Комментарии к Порядку оказания медицинской помощи населению по профилю "гериатрия", утвержденному приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29. 01. 2016 № 38н // Клиническая геронтология. 2016. №7-8.
11. Трубникова И.А., Конев Ю. В. Уход за пожилым в отделениях временного пребывания: необходимость и реальность // Клиническая геронтология. 2014. №1-2.
12. Хорошина Л. П. Развитие гериатрии в современной России - шаг вперед, два шага назад // Медицина и организация здравоохранения. 2019. №4. С. 35-44
13. Чайкина Н. Н. Современное состояние гериатрической помощи, оказываемой сестринским персоналом при паллиативных и стационарных ее видах // Рос. мед.-биол. вестн. им. акад. И.П. Павлова. 2019. №4.

14. Josse-Eklund A, Petzäll K, Sandin-Bojö AK, Wilde-Larsson B. Swedish registered nurses' and nurse managers' attitudes towards patient advocacy in community care of older patients. *J Nurs Manag.* 2013 Jul; 21(5):753-61. doi: 10.1111/j.1365-2834.2012.01453.x. Epub 2012 Oct 18. PMID: 23409794.
15. Liu YE, Norman IJ, While AE. Nurses' attitudes towards older people and working with older patients: an explanatory model.// *J Nurs Manag.* 2015 Nov;23(8):965-73. doi: 10.1111/jonm.12242. Epub 2014 Jun 19. PMID: 24942812.
16. Norton D. Nursing in Geriatrics // *Geront. Clin.* 1965. № 7. С.51-60
17. O'Connor, S., Christi Deaton Chr.et al. Nursing in an age of multimorbidity // *BMC Nursing* volume 17, Article number: 49 (2018) Режим доступа: Дата обращения: 31 августа 2020 г.
18. Rush KL, Hickey S, Epp S, Janke R. Nurses' attitudes towards older people care: An integrative review. *J Clin Nurs.* 2017 Dec;26(23-24):4105-4116. doi: 10.1111/jocn.13939. Epub 2017 Sep 14. PMID: 28639384.
19. Scholz J., Minaudo J. Registered Nurse Care Coordination: Creating a Preferred Future for Older Adults with Multimorbidity // *OJIN Table of Contents Vol 20 2015 No3 Sept 2015* Режим доступа: <http://ojin.nursing-world.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Vol-20-2015/No3-Sept-2015/Registered-Nurse-Care-Coordination.html#Scholz> Дата обращения: 31 августа 2020 г.
20. Smith B.J. The Role of the Nurse in A Geriatric Department // *Geront.clon.* 1967. № 96 Сю 375-384)

ПРОО «МРСП» запустила мобильное приложение

Через мобильное приложение члены организации могут оперативно и своевременно узнавать о всех мероприятиях Организации, своевременно подавать заявки на участие в этих мероприятиях, быть в курсе всех профессиональных новостей, задавать вопросы и принимать участие в их обсуждении.

Мобильное приложение представлено на сайтах **Google Play** и **AppStore**.

Название – **ПРОО МРСП**.

Авторизация – по номеру мобильного телефона.

НАУЧНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучение распределения рабочего времени медицинских сестер, работающих с врачом-терапевтом участковым на амбулаторном приеме в поликлинике, показало, что

1. Наибольшую долю рабочего времени медицинская сестра врача-терапевта участкового, работающая в кабинете с врачом, тратит на работу с документацией (53,13%). Основная деятельность занимает у неё 28,51% рабочего времени; 11,52% на личные нужды; 4,32% - на вспомогательную деятельность; 2,50% - на служебные разговоры и 0,02% - это затраты времени на прочую деятельность.

2. В основной деятельности медицинской сестры, при работе в кабинете с врачом-терапевтом, 69,72% времени тратится на "работу на приеме" (из них - 32,89% - выписка рецептов через ЕМИАС; 28,58% - термометрия; 18,19% - разъяснительная работа с пациентами о порядке подготовки к различным видам исследований; 12,41% - контроль заполнения информированного добровольного согласия, согласий на медицинские вмешательства или отказов от них; 6,38% - контроль выполнения клинического минимума по амбулаторной карте и пр.; 13,30% - доставка амбулаторных карт из регистратуры; 12,27% - подготовка рабочего места врача.

3. Медицинская сестра, работающая с врачом-терапевтом участковым в кабинете, 36,14% времени тратит на выдачу очередных талонов для повторных посещений, запись на консультативные приемы к врачам-специалистам, 17,21% - на другие виды работы с документацией, 15,41% - на заполнение бланков направлений на лечебно-диагностические исследования, 8,28% - на заполнение карт учета диспансеризации, паспорта здоровья.

Полученные результаты исследования дают возможность рассчитать нормы нагрузки, нормативы численности и иные нормы труда персонала медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях, в конкретных медицинских организациях.

(Источник: Социальные аспекты здоровья населения)

ПРОВЕДЕНИЕ ОЦЕНКИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ И КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА. РАЗБОР КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ.

Подопригора Г.М.

Ковалевский Р.Г.

Предлагаемые вниманию читателя клинические случаи явились частью научного исследования «Проведение оценки функциональных и когнитивных нарушений у пациентов пожилого возраста», проведенного на базе ЧУ «Гериатрический медико-социальный центр им. императрицы Марии Федоровны» (г.Токсово), а также явились основой для разработки программы ухода за пожилыми людьми и их реабилитации.

В современное время позиция медицинской сестры рассматривается как равноценная позиции врача в структуре организации их профессиональной деятельности и часть врачебных полномочий делегируется медицинской сестре, расширяя ее должностные обязанности. В рамках сестринского процесса специалист проводит обследование, собирая сведения о социальном, медицинском, функциональном, физическом и психоэмоциональном статусе пациента, одним из таких обследований является предварительный скрининг когнитивных функций.

Актуальность темы исследования заключается в применении скрининг-диагностики для выявления степени когнитивного и функционального дефицита у лиц пожилого и старческого возраста с целью дальнейшего анализа проблем, планирования сестринских вмешательств, разработки программы долговременного ухода и реабилитации. В работе представлены общепринятые скрининговые шкалы, используемые в гериатрической практике для отбора пациентов с подозрением на предполагаемые нарушения, проведения психодиагностических процедур в процессе наблюдения за динамикой выявленных состояний или для дальнейшего более глубокого (полного) обследования.

Для оценки диагностируемых функций используются нейропсихологические методы, представляющие собой ряд комбинированных субтестов и проб, позволяющие выявить, какие когнитивные домены подверглись патологическим изменениям, на сколько выражена функциональная зависимость пациента и определить его уровень самообслуживания.

Наиболее известными скрининговыми инструментами являются: MMSE - Краткая шкала оценки психического статуса (Mini-Mental State Examination); FaB - Батарея лобной дисфункции (Frontal Assessment Batter); CDT - Тест «Рисование часов» (Clock drawing test); MoCA - Монреальская шкала оценки когнитивных функций (Montreal Cognitive Assessment). Анкета оценки снижения способности к самообслуживанию; ADL - Шкала базовой активности в повседневной жизни (индекс Бартел) (Activities of Daily Living).

Предложенные шкалы широко известны в мировой практике, они показали свою высокую чувствительность при оценке когнитивных нарушений легкой и умеренной степени выраженности, не требуют много времени для их выполнения, не вызывают сложности в интерпретации полученных результатов, позволяют обеспечить раннюю диагностику и своевременное оказание необходимой помощи.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ №1

В гериатрический центр поступила пациентка В., 79 лет. Выглядит растерянной, не понимает, где находится, не может назвать текущей даты. Охотно отвечает на вопросы, при этом заикается, некоторые слова выговаривает с трудом, не может назвать предметы. Предложенную ручку назвала: «Это штучка, штучка, чтобы писать», предложенные очки назвала также «штучкой, чтобы лучше видеть». Допускает ошибки в простейшем счете, удивляется, что получается неправильно. Считает, что это происходит из-за волнения. Не может объяснить простейших пословиц и поговорок, не помнит названий пальцев на руках. Надевает сразу несколько кофточек и халат, не может застегнуть пуговицы. Расстраивается из-за своей неловкости, начинает плакать и причитать: «Эта штучка, эта штучка, эта штучка...».

Из направления на госпитализацию известно, что болеет около года. Когда появились расстройства речи, не могла вспомнить названия предметов, букв, цифр, перестала справляться с работой, в последующем не смогла сама себя обслуживать. Забывает выключать газ и воду.

Соматическое состояние: правильного телосложения, пониженного питания. Передвигается самостоятельно. Кожные покровы дряблые, чистые, нормальной окраски. Педикулез, скабиес отрицательны; температура 36,4°, АД 130/90.

Речь идет о болезни Альцгеймера.

Проблемы пациента:

Настоящие: выраженное уменьшение способности к самообслуживанию, интеллектуально-мнестическая недостаточность, пространственно-временная дезориентация, отсутствуеет психоэмоциональная саморегуляция.

Потенциальные: обострение сопутствующих хронических заболеваний

Приоритетная: беспомощность.

Краткосрочная цель: усиленное наблюдение и контроль соматического состояния, помощь в самообслуживании, адаптация к отделению.

Долгосрочная цель: сохранение навыков самообслуживания, предотвращение осложнений.

Программы ухода по клиническому случаю №1

А) Прием пациента

- Размещение пациента в учреждении с учетом информации о наличии когнитивного дефицита;
- Ознакомительная беседа включающая в себя сведения о внутреннем распорядке; о порядке проведения последующих обследований; информацию о команде, которая будет принимать участие в работе с пациенткой;

Б) Сестринское обследование

- Первичное сестринское обследование и сбор сестринского анамнеза;
- Опрос пациентки;
- Установление физических показателей;
- Скрининг основных функций;
- Внесение сведений в сестринскую документацию;
- Составление плана сестринских действий и его согласование.

В) Осуществление мониторинга

- Физические показатели – масса и температура тела, артериальное давление, сахар крови и пр.
- функционального статуса (способность самообслуживания);
- нутритивного статуса;
- психоэмоционального статуса

Г) Организация необходимых условий для реабилитации и ухода

- Создание обстановки в учреждении приближенной к домашней с соответствующей визуальной средой (картины, растения, фотографии близких и пр.) и чтобы уменьшить отягчающий фактор нахождения пациентки в стенах специализированного учреждения, побуждать родственников приносить домашние вещи;
- Исключить из окружающей среды пациентки дополнительных физических препятствий;
- Создать в учреждении дополнительные ориентиры при пространственно-временной дезориентации (указатели, вывески, рисунки, календарь, часы и др.);
- Сохранение в помещении свежего воздуха, комфортной температуры, тишины, чистоты и покоя.

Д) Контроль питания

- Контроль осуществления приема пищи, с целью предотвращения ситуации недоедания;
- Питание пациентки осуществляется согласно требованиям предписанного лечения/ухода
 - Ежемесячное проведение взвешивания
 - Регулярная оценка питания (состояние полости рта, способность глотать, ограничения в питании, степень самостоятельности во время приема пищи);
 - Контролировать проявление ранних клинических признаков недостаточности питания (снижение аппетита, утомляемость, вялость, бледность и пр.);

Е) Контроль и помощь в осуществлении личной гигиены пациентки

- При поступлении отмечает все нарушения способности к самообслуживанию;
- Помощь проведения тех гигиенических процедур, которые пациентка не может выполнить самостоятельно;
- Побуждать пациентку к выполнению гигиенических процедур самостоятельно;
- Контролировать наличие всех необходимых аксессуаров и подходящей одежды;
- При выполнении гигиенических процедур следует учитывать возможности пациентки;
- Обеспечить безопасность пациентки – не оставлять одну в ванной комнате, использовать оптимальную температуру воды и подходящие средства для гигиены;
- Фиксировать выполнение процедур в соответствующей документации.

Ж) Помощь в процессе одевания

- Положить одежду пациентки в том порядке, в котором ее необходимо надевать.
- Избегать одежды со сложными застежками, использовать предметы одежды на резинках, липучках, молниях и т.п.
- Не торопить пациентку при одевании, поощрять ее самостоятельные действия.
- Обувь должна быть удобной, нескользкой, на резиновой подошве, свободной, но не спадающей с ноги.

З) Стабилизация психоэмоционального состояния

- организация концертов, тематических занятий, лекций, поэтических вечеров и других досуговых мероприятий;
- организацию досуга пациентки (чтение книг, журналов и газет, просмотр и обсуждение телепередач, праздничные мероприятия, прослушивание музыки, поздравления с днем рождения и пр.);
- привлечение пациентки к посильной трудовой деятельности (трудотерапия) и организацию выставок ее работ совместно с работами других пациентов;
- Побуждать пациентку к увлечениям;
- Поощрять укрепление взаимных дружеских контактов;

- Организация прогулок на свежем воздухе, согласно погодным условиям;

И) Когнитивное вмешательство

- при нарушении функции счета (акалькулия): (соотношение изображения числа с его речевой формулировкой; порядковый счет с написанием чисел; рисунки по цифрам; игры в лото, домино; конструкции цифры; таблицы умножения; совместное выполнение счетных операций, решение простых арифметических примеров;

- При нарушении речи (артикуляционная гимнастика, исправление звукопроизношения через активное повторение отдельных слов, пение, задействование моторики рук, простейшее конструирование);

- При нарушении памяти (ежедневное запоминание нахождения вещей, совместное заучивание стихотворений и т.д.)

- При нарушении мышления (Упражнения на словесную классификацию, подбор общих слов/выявление общих признаков, найти отличия на рисунке и др.)

К) Поддерживать коммуникацию

- уважительно обращаться к пациентке по имени и отчеству;
- говорить отчетливо, медленно, лицом к лицу, при этом держать голову на уровне ее глаз;

- проявлять сопереживание;

- внимательно выслушать пациентку, даже если ее слова могут повторяться;

- обращать внимание на невербальные средства общения;

- попытаться установить, какие жесты и сочетания слов, слова-подсказки необходимы для эффективного поддержания общения с пациенткой с учетом ее речевых нарушений;

- избегать негативной критики, споров, конфликтов;

- перед тем, как заговорить, проверить, слушает ли Вас пациентка.

Л) Компенсация дезориентации

- не прилагать усилия на запоминание распорядка дня, а записывать напоминания, например, вести большой календарь, в котором есть место для записи напоминаний, блокнот для записи сообщений и т.д.;

- контролировать, чтобы у всех необходимых вещей: очки, протезы, слуховой аппарат, личные вещи и тд, было постоянное место;

- повесить на видном месте записку, на которой ясно записаны важные номера телефонов родственников и близких людей;

- использовать указатели и таблички, для лучшей ориентации пациентки.

М) Рекомендации

- Ориентация пациентки на реальность;

- Использовать простые объяснения;

- Избегать культивирования ложных идей и суждений;

- Организовать досуг с включенностью пациентки согласно её интересам;

- Препятствовать подозрительности;

- Внимательно наблюдать за поведением пациента;

- Через контроль и допустимую помощь восполнить дефицит самостоятельного ухода.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ №2

Пациентка 74 года с диагнозом атеросклероз сосудов головного мозга, дисциркуляторная энцефалопатия. Пациентка жалуется на общую слабость, раздражительность, угнетенное тревожное настроение, бессонницу, внутреннюю напряженность, навязчивые мысли, страхи, шум в ушах, шаткость при ходьбе. Дочь пациентки отмечает значительное снижение памяти

у матери, происходящие события приукрашивает, дополняя фантазией, отмечает, что она забывает вовремя принимать лекарства, злоупотребляет жирной, жареной, острой пищей. В последнее время дважды падала, вставая утром с постели.

Объективно: пациентка избыточной массы тела, неопрятного вида, сглаженность носогубных складок, цианоз губ, тремор конечностей. Пульс 52 удара в минуту, АД 105/70 мм рт. ст., масса тела 89 кг, рост 163 см. Стул, диурез в норме.

Проблемы пациентки:

Нарушено удовлетворение потребностей: двигаться, есть, спать, быть здоровым, самообслуживание, поддерживать свое состояние, общаться, избегать опасности.

Настоящие проблемы: головокружение; раздражительность; немотивированная тревога; бессонница; снижение памяти; изменение процессов мыслительной деятельности; общая слабость; ограничение физической подвижности; дефицит желания следить за собой; дефицит самоухода; неэффективное соблюдение лечебных схем.

Потенциальные проблемы: высокий риск развития острого нарушения мозгового кровообращения; высокий риск травматизма; риск развития старческого слабоумия; риск развития сердечной недостаточности.

Приоритетная проблема: высокий риск травматизма

Цель краткосрочная: пациентка продемонстрирует знания причин и мер профилактики травматизма в пожилом и старческом возрасте через 3 дня.

Долгосрочная цель: у пациентки не возникнет травм в течение месяца.

Программы ухода по клиническому случаю №2

А) Контроль питания

- питание пациентки осуществляется согласно требованиям предписанного лечения/ухода исключение жирной, жареной и острой пищи;
- соблюдения диеты пониженной калорийности с достаточным содержанием растительной клетчатки, растительных масел, солей калия, низким содержанием холестерина для профилактики дальнейшего развития атеросклероза;
- ежемесячное проведение взвешивания с целью контроля массы тела;
- регулярная оценка питания;
- контролировать передачи пациентке от родственников и близких;
- контроль насыщения жидкостью и предотвращение возможной дегидратации

Б) Контроль медикаментозной терапии

- фиксировать время назначения врачом каждого лекарственного препарата;
- лекарственные препараты должны быть подготовлены непосредственно перед их раздачей;
- раздача лекарств пациентке производится только той медсестрой, которая подготовила эти препараты к раздаче;
- при выдаче лекарств медсестра должна правильно идентифицировать пациентку;
- проконтролировать прием лекарственного препарата пациенткой;
- осуществить запись о выдаче лекарственного средства.

В) Контроль физической безопасности

- выявить источник физической опасности (отсутствие опор, ограждений кроватей, скользкий пол, плохое освещение и пр.);
- склонность к падению и провоцирующие факторы должны быть отмечены медицинской сестрой;
- контроль возникновения возможных травмоопасных ситуаций и принятие мер для их предотвращения;

- исключение в окружающей среде физических препятствий, подвергающих риску безопасность пациента, контролируя наличие в помещениях специальных ограждений и опор, облегчающих возможные трудности перемещения пациентки.

- при уходе за пациенткой с высоким риском падений, следует предусмотреть: (размещение пациентки вблизи поста, использовать кресло-каталку для перемещения на длительные расстояния, сопровождать пациентку во время передвижения);

- случае падения фиксируются в документации и сообщаются руководителю;

- с целью предотвращения возникновения случаев падения, проводится анализ ситуации;

Г) Соблюдение двигательной активности

- оценивать степень ограниченной мобильности пациентки (каждые 3 месяца);

- контролировать изменения способности передвижения (хождение, сидение, стояние, изменение положения тела);

- разъяснять необходимость повседневной двигательной активности (ходьба, прогулки на свежем воздухе, посильные физические упражнения);

- контролировать занятость, пациентка не должен находится постоянно в постели;

- применение специализированных упражнений для сохранения устойчивости;

- при необходимости осуществлять помощь в передвижении, обеспечивая безопасность пациентки.

Д) Когнитивное вмешательство при снижении памяти

- применение мнемотехник - создание ассоциативных цепочек с использованием предметных картинок, т.е. запоминание текста со зрительной основой;

- ежедневное запоминание нахождения вещей (где находится футляр от очков);

- заучивание стихотворений;

- использование арифметических упражнений в меру доступности;

- составление «списка покупок/желаний» с последующим воспроизведением через заданное время и т.д

Е) Нормализация психоэмоционального состояния

- создать оптимальный микроклимат (минимизировать воздействие негативных факторов, при общении использовать чувство эмпатии, постоянные детальные объяснения, подбадривание, ежедневная похвала, внушение надежды, поддержка, помощь в решении каждодневных проблем и т.д.)

- Осуществление прогулок на свежем воздухе и рациональное, дробное питание;

- применение дыхательной гимнастики и релаксационных методик (медитативные техники);

- ароматерапия + музыкотерапия;

- применение тематических мероприятий повествовательного характера;

- проведение соответствующих тренингов совместно с психологом;

- организация досуга

Ж) Профилактика падений

- регулярная оценка рисков падений, контроль чистоты и удобства одежды и обуви, постоянный мониторинг физических показателей, любых изменений в поведении пациентки;

- в палате не должно быть никаких преград и лишних предметов, вся мебель должна быть эргономичная;

- использование низкой кровати для пациентки с риском падения, а также использование ограничителей на кровати;

- все необходимое пациентке должно находиться в доступной близости - книга, стакан воды, телефон, пульт от телевизора и пр.

- в ночной период можно положить матрас у кровати

- назначение надлежащих вспомогательных устройств для передвижения;
- оборудование ванных комнат и туалетов специальными поручнями;
- наличие достаточного освещения;
- обучение пациентки «профилактики падений»;
- включить в лечебную программу упражнения, позволяющие сохранить способность к передвижению;
- проведение занятий по повышению уровня самообслуживания.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ №3

В отделении гериатрического медико-социального центра находится пациентка 69 лет с диагнозом: цереброваскулярная болезнь, последствия ОНМК 08.04.2011. левосторонняя гемиплегия. Пациентка маломобильна, постоянно находится в кровати за просмотром телевизора. Пораженная рука свисает с постели, говорит, что ей так удобно и менять ничего не собирается. Жалуется на боли в области пораженного колена и руки. Ограничения подвижности в суставах ее не беспокоит, не ощущает себя больной. Перемещается с 4-х опорной тростью только на прием пищи. С соседкой по палате не взаимодействует. Забывает, чем занималась вчера. Сложности при нахождении общих признаков в одной категориальной группе слов. Эмоционально-волевая сфера снижена, апатичная, отсутствует самокритичность.

Объективно: неопрятный вид, заметное покраснение кожи в области пятки и крестца, не исчезает после смены положения, кисть отекая, контрактура конечностей. Речь инертна. Пульс 66 удара в минуту, АД 111/73 мм рт. ст., масса тела 67 кг, рост 169 см. Нарушение стула, задержка.

Проблемы пациентки:

Нарушено удовлетворение потребностей: двигаться, выделять, быть здоровым, самообслуживание, поддерживать свое состояние, общаться, избегать опасности.

Настоящие проблемы: боль в пораженных конечностях, невозможность самоухода ограниченная подвижность в суставах, отек кисти, задержка стула, снижение памяти, изменение процессов мыслительной деятельности, малоподвижный образ жизни; дефицит желания следить за собой, дефицит самоухода, пролежни,

Потенциальные проблемы: высокий риск рецидива острого нарушения мозгового кровообращения; риск развития пролежней в следствии нарушения двигательной активности, высокий риск травматизма; риск прогрессирования старческого слабоумия; риск развития сердечной недостаточности, риск тромбоз глубоких вен, риск развития пневмонии, усугубление контрактуры, осложнения, связанные с задержкой стула.

Приоритетная проблема: боль и отеки конечностей, гиподинамия.

Цель краткосрочная: выполнение назначений врача, увеличение подвижности пациентки и купирование болевых ощущений немедикаментозными средствами, добиться стула, обработать кожные покровы.

Долгосрочная цель: у пациентки не возникнет повторных случаев болезненности и отеков в пораженных конечностях. Пациентка будет сохранять соответствующую двигательную активность, не будет возникать задержек в опорожнении кишечника, улучшение состояния кожных покровов в уязвимых местах.

Программы ухода по клиническому случаю №3

А) Контроль болевого синдрома

- регулярная оценка боли, если присутствует наличие болевого синдрома;
- лечение боли по назначению врача (медикаментозные и немедикаментозные методы);

- при медикаментозном обезболивании, медицинская сестра контролирует правильность применения назначенного препарата, оценивает эффективность обезболивания, используя те же методы, что и до его начала и фиксирует результаты в сестринской документации;
- поощрение физической активности пациентки, регулярное изменение положения тела в постели;
- немедикаментозное купирование боли (использование лечебной физкультуры т.е. специализированные упражнения, иммобилизация конечности, использование лангеты, фиксаторов, других реабилитационных атрибутов, через физические методы воздействия, массаж, самомассаж и психологические методы воздействия: общение, отвлечение внимания, музыкальная терапия, техника расслабления).

Б) Рекомендации при боли и отеке в пораженной конечности

- исключить свисание конечностей;
- применять фиксаторы или специальные бинты;
- поддерживать достаточный объем пассивных движений;
- периодически придавать парализованным конечностям приподнятое положение.

В) Увеличение уровня самообслуживания

- совместно с компетентным специалистом оценить уровень функциональной зависимости;
- определить объем двигательной активности и уровень самообслуживания;
- обеспечить пациентке приспособлениями, облегчающими самообслуживание и процесс передвижения;
- заполнить дефицит собственными действиями в разумных пределах, стараясь не вызывать чувства смущения и беспомощности;
- организовать комплекс трудотерапии с ежедневными занятиями пациента;
- контролировать состояние пациента, избегая развития переутомления;
- проводить индивидуальные беседы с пациентом.

Г) Контроль физической активности

- стимулировать и поощрять физическую активность пациентки: (ходьба, прогулки на свежем воздухе, посильные физические упражнения);
- для улучшения показателей двигательной активности, используется специализированная программа упражнений
- контролировать, чтоб пациентка независимо от патологии, не находилась постоянно в постели
- при маломобильности оказать необходимую помощь в передвижении обеспечивая безопасность пациентки.

Д) Бытовая реабилитация

- в кровати – обучить пациента изменению положения тела лежа на боку, животе, спине и переход в сидячее положение, в положении сидя – доставание предметов с прикроватного столика, из тумбочки;
- в кресле – каталке – перемещение с него на кровать, стул, скамейку;
- самообслуживание – при осуществлении санитарно-гигиенических мероприятий, приема пищи, одевании;
- манипуляции – пользование телефоном, пультом, часами, книгой, газетой, кранами, ключом;
- при ходьбе – открывание, проход и закрывание двери, выход из комнаты, ходьба с дополнительными вещами и т. д.
- перемещения – по лестнице, по улице.

Е) Двигательная реабилитация

- Применение специализированного комплекса индивидуально подобранных физических упражнений активного и пассивного характера;

- Использование тренажеров и дополнительных реабилитационных атрибутов;
- Дыхательная гимнастика;

Ж) Контроль состояния кожных покровов

- проводить ежедневный контроль состояния кожи пациентов с установленным риском развития пролежней.
- обеспечивать последовательность и непрерывность обработки пролежней при ежедневных гигиенических процедурах.
- контролировать наличие и использовать при лечении специальные матрасы, подушки, анатомические прокладки и валики, противопролежневые антимикробные, обезболивающие и заживляющие средства.
- консультироваться с врачом и выполнять его указания по обработке поврежденных участков кожи пациентов.
- информировать врача об изменении состояния пациентов, имеющих пролежни.

З) Профилактика развития пролежней

- предупреждение чрезмерной сухости, потертостей и долго не заживающих поврежденной кожи пациентки;
- регулярное (каждые 2 часа) изменение положения тела во время нахождения в постели;
- правильный пищевой рацион (продукты, богатые белком и витаминами А, В и С).

И) При низком уровне эмоционального фона

- при необходимости многократно повторять инструкции и отвечать на вопросы пациентки;
- подключить к уходу и реабилитации лиц, вызывающих положительные эмоции;
- не торопить пациентку;
- мотивировать пациентку на положительный результат.

К) Когнитивное вмешательство

- При нарушении памяти (ежедневное запоминание нахождения вещей, совместное заучивание стихотворений и т.д);
- При нарушении мышления (упражнения на словесную классификацию, подбор общих слов/выявление общих признаков, найти отличия на рисунке и др).

Л) Контроль физиологических отпавлений

- отмечать склонность пациентки к обстипации и констипации (к запорам);
- обеспечить качественное проведение процедур, не нарушая права человека;
- активное сестринское вмешательство при наличии проблем;
- контролировать и документировать факты опорожнения кишечника.

М) Профилактика тромбоза глубоких вен

- придать вынужденное положение в постели (лежа на спине, приподнять ноги на 30°-40° с помощью подушек и валиков);
 - проводить ручной массаж (поглаживание и разминание) от стопы к бедру;
 - при варикозном расширении вен, использовать эластичный бинт или компрессионный трикотаж.
-

КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ (ПРОТОКОЛЫ) В СЕСТРИНСКОЙ ПРАКТИКЕ

Цуцунава М.Р.

ФГБОУ «СЗ ГМУ им. И.И.Мечникова»

Аннотация

С момента утверждения Национального стандарта Российской Федерации (ГОСТ Р 52600—2006, дата введения – 2007.10.01) создано на 4000 кодов МКБ-10 на более чем 90% патологических состояний, которые вызывают заболеваемость в нашей стране. Разработка клинических рекомендаций (протоколов) обусловлена, в частности, такой задачей как повышение качества медицинской помощи. Однако поиск литературы среди отечественных источников не выявил ни одной публикации, посвященной разработке и использованию клинических рекомендаций (протоколов) в сестринской практике. При этом неоспоримым является тот факт, что обеспечение качества медицинской помощи без участия медицинской сестры невозможно. В данной статье рассматривается состояние вопроса за рубежом в надежде на то, что изучение опыта наших зарубежных коллег может послужить импульсом к разработке протоколов сестринского ухода и в нашей стране.

Определение протоколов сводится к следующему: это письменные инструкции или руководства, содержащие сжатую и структурированную информацию по диагностике и лечению определенных заболеваний, а также определяющие шаги, которые необходимо предпринять при оценке состояния здоровья пациента и проведении вмешательства.

Протокол - это инструмент, который обеспечивает практическую реализацию научно обоснованной практики и повышает качество медицинского обслуживания. Исследования показали, что после разработки протокола сестринское вмешательство может и должно ежедневно влиять на результаты лечения пациентов. Соблюдение стандартных протоколов в управлении сестринским уходом особенно важно в странах с ограниченными ресурсами, где качество медицинских услуг и безопасность остаются серьезными проблемами.

Протоколы сестринского ухода часто касаются процедур, которые являются предметом медицинского назначения. Разработка и оценка протокола - это формализованный, постоянный процесс, в котором участвуют как медсестры, так и врачи.

Клинические протоколы повысили эффективность сестринского ухода, поскольку медсестрам реже приходится консультироваться с врачами, так как в Протоколе содержится исчерпывающий и актуальный обзор процесса заболевания и обоснование каждого терапевтического решения; протоколы представляют собой важный образовательный ресурс для медицинского персонала. Сестринский протокол не включает описание выполнения процедуры, однако в нем объясняется, почему, где, когда и кем предоставляется уход. Формат включает введение, определение, признаки и симптомы, оценку сестринского ухода, действия по сестринскому уходу.

Разработка клинических рекомендаций (протоколов) в нашей стране обусловлена необходимостью решать следующие задачи:

- установление единых требований и подходов к оказанию медицинской помощи, основанных на современных достижениях мировой медицины;
- повышение качества медицинской помощи;
- защита прав пациента и врача при разрешении спорных и конфликтных вопросов;

- проведение оценки качества оказания медицинской помощи пациентам;
- повышение квалификации медицинских работников;
- информирование медицинских работников о современных методах лечения;
- планирование медицинской помощи.

Общие положения разработки протоколов ведения больных, определяющих объем и показатели качества выполнения медицинской помощи больному при определенном заболевании, с определенным синдромом или при определенной клинической ситуации, были утверждены Национальным стандартом Российской Федерации (ГОСТ Р 52600—2006, дата введения – 2007. 10.01). [9]

26 августа 2015 года в медиацентре «Российской газеты» на пресс-конференции с участием министра здравоохранения РФ было отмечено, что в рамках развития одного из главных направлений работы Министерства здравоохранения, а именно - создание системы обеспечения качества медицинской помощи, с конца 2012 года впервые в нашей новой истории стал создаваться пул национальных клинических протоколов-рекомендаций. «...Сейчас их уже создано на 4000 кодов МКБ-10 на более чем 90% патологических состояний, которые вызывают заболеваемость в нашей стране». [6]

За последние 10 лет внимание публицистов было приковано к таким вопросам как роль клинических рекомендаций (протоколов), порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи в обеспечении качества медицинской помощи, [3] [2] значение клинических рекомендаций (протоколов лечения) в экспертизе качества медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования, [1] оценка соответствия диагностики определенных заболеваний протоколам медицинской помощи [4], [7], [8] совершенствование протоколов [5] и др.

Однако поиск литературы среди отечественных источников не выявил ни одной публикации, посвященной разработке и использованию клинических рекомендаций в сестринской практике. При этом неоспоримым является тот факт, что обеспечение качества медицинской помощи без участия медицинской сестры невозможно. В связи с этим мы обратились к зарубежным источникам, чтобы ответить на те же вопросы, которыми задаются отечественные публицисты, озвученные выше. Вопросом же номер один стал вопрос: существует ли вообще такое понятие как «Сестринский протокол» или «протокол ухода»?

Поиск ответов осуществлялся на сайте Pubmed (**Для справки:** PubMed — это англоязычная текстовая база данных медицинских и биологических публикаций, созданная Национальным центром биотехнологической информации США на основе раздела «биотехнология» Национальной медицинской библиотеки США. Ключевой составляющей PubMed является MEDLINE). В данный обзор вошли самые ранние публикации, демонстрирующие эволюцию мировоззрения сестринского сообщества обсуждаемой темы.

Ответ на первый вопрос короткий: да, сестринские протоколы разрабатываются, разрабатываются везде, где есть сестринские службы, и разрабатываются давно. Самый ранний найденный источник под названием «Стандарты предоперационного ухода. Клиническая практика / профессиональная деятельность» датирован 1992г. В статье обоснована важность стандартов с указанием на то, что стандарты предоперационного ухода обеспечивают механизм для разграничения обязанностей медсестер, задействованных на предоперационном этапе. Стандарты предоперационного ухода и рекомендуемые практики служат основой систем контроля и оценки качества; баз данных; систем регулирования; разработки и оценки систем оказания сестринских услуг и организационных структур; деятельности по сертификации; должностных инструкций и служебной аттестации; политика, процедур и протоколов учреждений; а также предложений в области образования. [22]

В 1994 г. опубликована статья, текст которой оказался недоступным, - «Сестринский диагноз как основа учебного сестринского протокола». [16] Однако само название недвусмысленно говорит о том, что составляет суть обсуждаемого в ней вопроса. (То есть, уже более 25 лет тому назад в рамках обучения в колледже изучалась тема разработки протоколов, основой которых был сестринский диагноз).

В 1997 году обсуждалась разработка, использование и аудит протоколов сестринского ухода, которые явились руководством для медсестер, осуществляющих уход за пациентами с переломом шейки бедренной кости. Разработка этих протоколов имела место после первоначального медицинского аудита, за которым последовал гораздо более широкий междисциплинарный аудит, и оба они показали необходимость изменений в клиническом ведении таких пациентов. Разработка сестринских протоколов представляла собой чрезвычайно важную часть этого процесса, в ходе этой работы был изучен уход за 700 пациентами. Аудит и связанная с ним последующая работа привели к прямому улучшению как ухода за пациентами, так и результатов в отношении здоровья, и авторы пришли к выводу, что разработка многопрофильных протоколов, особенно с участием медсестер, имеет большое значение, поскольку они проводят больше времени с пациентами в стационаре, чем любая другая профессиональная группа. [11]

Небезынтересен опыт разработки и внедрения протоколов и процедур сестринского ухода для участковых медсестёр. [20] В рамках проекта всем районным медсестрам было предложено работать по программе, которая включала показания для ухода при наличии некоторых общих проблем пациентов (лечение пролежней, мобилизация пациента, перенесшего инсульт, лечение пациентов, страдающих от боли; уход за пациентами со стомой и т. д.). На основе сравнения «рабочих привычек» медсестер и указаний в программе медсестер попросили составить протоколы и указать процедуры для решения проблем. Протоколы были проверены экспертами и официально приняты ответственным лицом округа, напечатаны и отправлены с официальным письмом всем медсестрам округа.

В 2009 году было озвучено предложение о разработке протокола для определения индекса массы тела (далее – ИМТ). [15] Идея рассмотрения ИМТ как показателя жизненно важных функций была впервые выдвинута в конце 20 века; однако ИМТ обычно не определяется медработниками. Учитывая нынешнюю эпидемию ожирения, контроль имеет значение для диагностики и лечения ожирения, а также для оказания надлежащей медицинской помощи пациентам с ожирением. Авторы предложили ввести в действие протоколы, обязывающие медицинских работников регистрировать ИМТ и принимать меры по решению проблемы, когда ИМТ выходит за рамки установленной нормы. Поощрение рутинного расчета ИМТ во время госпитализации или при первичной оценке может побудить медицинских работников лучше понимать ожирение и его влияние на пациента и систему здравоохранения.

Кроме того, были найдены работы, в которых

- изучалось соблюдение стандартных протоколов (например, протокол кормления через назогастральный зонд в стационаре); [10]

- изучался новый протокол гигиены рук пациентов, предназначенный для снижения уровня внутрибольничных инфекций и улучшения соблюдения медсестрами правил мытья рук в отделении интенсивной терапии. Исследование показало, что соблюдение протокола гигиены рук для пациентов в отделении интенсивной терапии было связано с сокращением внутрибольничных инфекций и улучшением соблюдения медсестрами режима мытья рук; [12]

- описывается опыт одной из больниц, где управление сестринской службой решило разработать систематическую программу по выпуску протоколов сестринского ухода с целью его стандартизации; [18]

- изучалось внедрение протокола «Золотого часа» как руководства по уходу за недоношенными детьми в течение первого часа жизни для улучшения результатов лечения пациентов. [13] «Золотой час» включает в себя набор научно обоснованных вмешательств, которые способствуют физиологической стабилизации диады мать-новорожденный после рождения. Важными элементами «Золотого часа» являются отсроченное пережатие пуповины, контакт «кожа к коже» в течение как минимум часа, выполнение обследований новорожденного на животе матери, отсрочка некоторых задач (например, купания новорожденного) на 60 минут и раннее начало грудного вскармливания. «Золотой час» способствует терморегуляции новорожденных, снижает уровень стресса у женщины и ее новорожденного и улучшает связь между матерью и новорожденным. Осуществление этих действий в дальнейшем связано с увеличением частоты и продолжительности грудного вскармливания; [17]

- оценивалась эффективность находящихся в работе протоколов. В частности, в литературном обзоре под названием «Энтеральное питание взрослых в критическом состоянии: обзор протоколов» была поставлена цель сопоставить имеющиеся в наличии научные данные с содержанием имеющихся протоколов проведения ЭП у пациентов в критическом состоянии. Авторы заключили, что из-за значительного влияния сестринского ухода почти на все аспекты ведения и проведения ЭП протокол, управляемый медсестрой, может обеспечить более строгое соблюдение выполнения процедуры и повлиять на степень эффективности, чем протокол, разработкой которых занимались другие специалисты. [14]

Еще одним примером значимости сестринских протоколов являются 13 протоколов, разработанных для медицинских сестер, оказывающих помощь онкологическим пациентам при симптомах по телефону. На исходном уровне более 85% медсестер положительно оценили протоколы, но были выявлены препятствия (64-80% нуждались в обучении). Было проведено двадцать два семинара, которые посетили 85%- 97% медсестер (общее количество обученных - 119). Это позволило медсестрам почувствовать себя более уверенно в управлении симптомами и использовании протоколов. [21]

В далеком 1999 году в статье «Developing practice protocols for advanced practice nursing» («Разработка протоколов для передовой сестринской практики») авторы, обосновывая важность протоколов, писали,

«... роль высококвалифицированной медицинской сестры зависит от практических протоколов, которые обеспечивают организованный метод анализа и лечения заболевания или основного симптома. Они также используются для контроля процесса оказания медицинской помощи и для определения этапов оказания этой помощи. Создание соответствующих протоколов практики является одним из важнейших факторов, предшествующих реализации роли передовой практики, поскольку они фактически определяют способность клинициста лечить или управлять клиническими ситуациями или болезненными состояниями». [19]

Сегодня мы должны ответить на один вопрос: что *мы* подразумеваем под эпитетом «высококвалифицированный». Возможно, мы согласимся с авторами выше приведенной цитаты, и тогда дело останется за малым – наконец взяться за разработку сестринских протоколов. При этом попутно будет решаться и другая задача – в сестринскую практику придёт доказательная медицина.

Заключение

Для обеспечения качественной медицинской помощи требуются определенные действия. Такими действиями могут быть, в частности, разработка и внедрение не только врачебных, но и сестринских клинических рекомендаций (протоколов), основу которых составляет доказательная медицина. Отсутствие соответствующих публикаций в нашей стране говорит о

том, что сегодня протоколы не разрабатываются и, по большому счету, не сформировано понимание значимости сестринских протоколов для сестринской практики, в то время как наши зарубежные коллеги уже сделали в этом направлении не один десяток шагов.

К проблеме можно подойти и с другой стороны. Изученный зарубежный опыт подсказывает, что сегодня мы должны задуматься над тем, кого мы называем высококвалифицированным специалистом, и от чего зависит это звание. От стажа? От количества сертификатов? Однако, можно согласиться и с тем, что эта роль тесно связана с интеллектуальными способностями, которые проявляются, в частности, при разработке клинических протоколов, а это будет значить, что пора браться за их разработку.

Использованная литература

1. Александрова О. Ю., Нагибин О. А., Савзян Г.Г. Стандарты медицинской помощи, клинические рекомендации (протоколы лечения) - значение в экспертизе качества медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования (продолжение) // Проблемы стандартизации в здравоохранении. 2015. №9-10.
2. Багненко С. Ф., Разумный Н. В. Роль клинических рекомендаций (протоколов), порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи в обеспечении качества медицинской помощи пациентам с гастроэнтерологическими заболеваниями // ЭиКГ. 2013. №6.
3. Вагнер В.Д. Роль и место протоколов ведения больных в системе контроля качества медицинской помощи // Проблемы стандартизации в здравоохранении. 2007. №6.
4. Горачук В. В. Оценка соответствия диагностики острой внебольничной пневмонии у детей протоколам медицинской помощи // Казанский мед.ж. 2013. №6.
5. Кан Н. Е., Баранов И. И. и соавт. Совершенствование протокола медикаментозного аборта в ранние сроки беременности: медицинское, социальное и экономическое значение // Акушерство и гинекология: Новости. Мнения. Обучения. 2015. №2 (8).
6. Колядо В. Б., Трибунский С. И., Колядо Е. В. Применение клинических рекомендаций (протоколов лечения), их правовой статус и юридические противоречия // Бюллетень медицинской науки. 2018. №1 (9).
7. Парий В.Д., Грищук С.Н. и соавт. Результаты аудита соблюдения унифицированного клинического протокола оказания медицинской помощи пациентам с ишемическим инсультом в остром периоде // СМБ. 2019. №2 (68).
8. Ткаченко В.И. Анализ изменений качества диабетологической помощи в условиях внедрения унифицированного клинического протокола по оказанию медицинской помощи больным сахарным диабетом 2-го типа // МЭЖ. 2015. №2 (66).
9. Национальный стандарт Российской Федерации ГОСТ р 52600-2006 "протоколы ведения больных. Общие положения" // Проблемы стандартизации в здравоохранении. 2007. №5.
10. Alhassan, R.K., Tsikata, R., Tizaawaw, R.N. *et al.* Adherence to standard nursing protocols on nasogastric tube feeding in a secondary referral hospital in Ghana: comparing self-ratings by professional and auxiliary nurses // *BMC Health Serv Res* **19**, 119 (2019). <https://doi.org/10.1186/s12913-019-3931-6>
11. Bell L, Solieri A, et al. The development and benefits of nursing protocols for fractured neck of femur patients // *J Adv Nurs*. 1997 Dec;26(6):1080-5. doi: 10.1111/j.1365-2648.1997.tb00798.x. PMID: 9429956
12. Fox C, Wavra T, et al. Use of a patient hand hygiene protocol to reduce hospital-acquired infections and improve nurses' hand washing // *Am J Crit Care*. 2015 May;24(3):216-24. doi: 10.4037/ajcc2015898. PMID: 25934718.
13. Harriman TL, Carter B, et al. Golden Hour Protocol for Preterm Infants: A Quality Improvement Project // *Adv Neonatal Care*. 2018 Dec;18(6):462-470. doi: 10.1097/ANC.0000000000000554. PMID: 30212389.
14. Jordan EA, Moore SC. Enteral nutrition in critically ill adults: Literature review of protocols // *Nurs Crit Care*. 2020 Jan;25(1):24-30. doi: 10.1111/nicc.12475. Epub 2019 Oct 10. PMID: 31602712.
15. Kirk SF, Cramm CL, et al. BMI: a vital sign for patients and health professionals // *Can Nurse*. 2009 Jan;105(1):25-8. PMID: 19149054.
16. Nancy L. Rutledge MS, RN (1994) Nursing Diagnosis as a Framework for College Health Nursing

- Protocols // Journal of American College Health, 42:4, 175-176, DOI: [10.1080/07448481.1994.9939666](https://doi.org/10.1080/07448481.1994.9939666)
17. Neczypor JL, Holley SL. Providing Evidence-Based Care During the Golden Hour // Nurs Womens Health. 2017 Dec;21(6):462-472. doi: 10.1016/j.nwh.2017.10.011. PMID: 29223210.
 18. Olmedo Lucerón MC, Sanchidrián de Blas C, et al. Sistemática para la protocolización de los cuidados de enfermería [A program to protocolize nursing care] // Rev Calid Asist. 2010 Sep-Oct;25(5):268-74. Spanish. doi: 10.1016/j.cali.2010.04.002. Epub 2010 Aug 1. PMID: 20675170.
 19. Paul S. Developing practice protocols for advanced practice nursing // AACN Clin Issues. 1999 Aug;10(3):343-55. doi: 10.1097/00044067-199908000-00004. PMID: 10745705.
 20. Salmaso D, Marin I, Mazzucato F. La valutazione di un'esperienza di applicazione di protocolli assistenziali a livello di territorio [Evaluation of the adherence to nursing care protocols in a district] // Assist Inferm Ric. 2000 Jan-Mar;19(1):37-41. Italian. PMID: 10983040.
 21. Stacey D, Green E, et al. Implementation of Symptom Protocols for Nurses Providing Telephone-Based Cancer Symptom Management: A Comparative Case Study // Worldviews Evid Based Nurs. 2016 Dec;13(6):420-431. doi: 10.1111/wvn.12166. Epub 2016 May 31. PMID: 27243574; PMCID: PMC5157760.
 22. Standards of perioperative nursing. Clinical practice/professional performance // AORN J. 1992 Apr;55(4):1047, 1050-6. doi: 10.1016/s0001-2092(07)70351-4. PMID: 1558378.

ПРИМЕР ПРОТОКОЛА ДЛЯ ОЦЕНКИ И УДАЛЕНИЯ МОЧЕВОГО КАТЕТЕРА ПРИ ОТСУТСТВИИ ПОКАЗАНИЙ К ПРИМЕНЕНИЮ. В ПРОТОКОЛЕ ОПИСАН АЛГОРИТМ ОЦЕНКИ, ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО СОГЛАСОВАНИЯ ДЕЙСТВИЙ С ВРАЧОМ НЕ ТРЕБУЕТСЯ.

Медсестра должна проводить ежедневную оценку на предмет наличия мочевого катетера и его необходимости:

1. Стоит ли у пациента мочевого катетер? Если нет, проверить на следующий день. Если да, оценить на предмет его необходимости.
2. Потребность в катетере: катетер показан при наличии, по крайней мере, одной из следующих причин:
 - задержка мочи, включая обструкцию и нейрогенный мочевой пузырь: пациент не может помочиться на фоне увеличенной простаты, кровяных сгустков или отежной мошонки/пениса или не может опорожнить мочевой пузырь из-за неврологического заболевания / медикаментозного эффекта;
 - непродолжительная (менее 24 часов) установка перед определенными операциями, а также при урологических исследованиях или операциях на смежных структурах;
 - поставлен урологом (проконсультироваться с урологом);
 - оценка объема выделенного в отделениях интенсивной терапии;
 - способствует заживлению ран в области промежности и крестца у пациентов с недержанием, чтобы избежать дальнейшего ухудшения состояния раны и кожи;
 - требуется иммобилизация из-за травмы или операции;
 - уход в хосписе или паллиативная помощь по просьбе пациента
 - постоянный мочевой катетер при поступлении (можно уточнить у врача причину установки)
3. Если нет соответствующих указаний, медсестра должна удалить мочевой катетер.
4. После удаления катетера, наблюдать за пациентом по прилагаемому алгоритму.
5. Связаться с врачом, если возникли вопросы, связанные с оценкой пациента.

Медработник, разработавший Протокол: _____
 Дата, время _____
 Протокол утвержден: _____ (Подпись)
 Дата, время _____

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА СЕСТРИНСКОЙ ПОМОЩИ*Цуцунава М.Р.**Кобзарь Ю.В*

ФГБОУ «СЗ ГМУ им. И.И.Мечникова»

Аннотация**Актуальность**

В современных условиях развития здравоохранения с ростом значимости сестринского персонала в лечебно-диагностическом процессе возрастает роль анализа качества сестринской помощи, от которого зависит экономическая и результативная составляющие медицинской помощи.

Цель исследования — определение качества сестринской помощи с точки зрения специалистов сестринского дела в зависимости от уровня квалификации, стажа и специфики отделения.

Метод сбора данных – интервью.

Участники интервью – 7 российских специалистов (медсестер и медбратьев) с высшим медицинским образованием с разным опытом работы и 1 специалист-медбрат из Бразилии (на момент проведения интервью учился на 2 курсе лечебного факультета в СЗГМУ им И.И.Мечникова).

Результаты

Ни один из участников исследования не связал качество сестринской помощи с сестринским процессом как моделью организации сестринской помощи.

Выводы

Исследование продолжается.

Актуальность

В современных условиях развития здравоохранения с ростом значимости сестринского персонала в лечебно-диагностическом процессе растет роль анализа качества сестринской помощи, поскольку от качества работы медсестер зависит экономическая и результативная составляющие медицинской помощи. [2] За последние годы было проведено не мало исследований, посвященных этому вопросу. Качеству сестринской помощи посвящены работы, в частности, Грицанчук А.М., Гриднев О.В., и соавт (2019), Масляков В. В., Смирнова Т. и соавт. (2018) Семикина Н.А., Новокрещенова И.Г. (2016), Голева О.П., Федорова Г.В. и соавт (2015) и др. Все эти работы объединяет цель определить показатели и критерии оценка эффективности деятельности среднего медицинского персонала, которые в последствии могут быть использованы для назначения стимулирующих выплат в зависимости от результатов труда и качества оказываемых услуг.

Как показывают исследования, из всех видов деятельности сестринского персонала наибольшее влияние на качество медицинской помощи оказывают соблюдение технологий сестринских манипуляций, [4]своевременность выполнения назначений врача. [3]

Для обеспечения качества медицинской помощи, оказываемой средним медицинским персоналом, большое значение имеет периодичность контроля их знаний и умений по различным направлениям деятельности. [1]

Однако ни в одном из ранее проведенных исследований не был рассмотрен такой вопрос как сестринская модель оказания помощи пациенту, коим является сестринский процесс, изучаемый в системе СПО последние, как минимум, 20 лет.

Цель исследования - определение качества сестринской помощи с точки зрения специалистов, которые в рамках своего обучения изучали сестринский процесс как сестринскую

модель оказания помощи пациенту, связываемую с индивидуальным подходом и качеством ухода.

Методы сбора данных

Проведенное исследование относится к качественному исследованию. Для сбора данных было разработано полу-структурированное интервью из пяти вопросов. Как правило, для изучения заинтересованности среднего медицинского персонала в повышении качества работы респондентам предлагают вопросы, которые позволяют выяснить, насколько нравится профессия, а если нет, то почему, сталкиваются ли они в работе с ошибками, допущенными средним медицинским персоналом, как часто администрация организует обучение среднего медицинского персонала. В данном исследовании только один вопрос касался качества сестринской помощи, а именно: «От чего зависит качество сестринской помощи?» Ответ на данный вопрос, с точки зрения авторов, должен был выявить понимание сути данной концепции.

Участники исследования

Как известно, в качественных исследованиях возможно нерандомизированное определение выборки (так называемая удобная выборка). Удобная выборка формируется из участников, которые доступны для участия в исследовании. Для данного исследования «удобными» стали 8 специалистов с сестринским образованием предположительно, у всех участников исследования был опыт в изучаемом вопросе. Из 8 специалистов 1 специалист был иностранным студентом с сестринским образованием (на момент проведения интервью он работал медбратом и учился на 2 курсе лечебного факультета в СЗГМУ им. Мечникова в Санкт-Петербурге).

Результаты исследования

Из восьми участников пятеро связали качество сестринской помощи с образованием и опытом, трое - с человеческим фактором и умением работать в команде, а также с отдельными аспектами организации сестринской работы (в частности, с логистикой).

Обсуждение результатов

Как показало исследование, ни один из участников не упомянул сестринский процесс, который предполагает индивидуальный уход к пациенту, дает возможность выявлять проблемы пациента и целенаправленно их решать. Именно сестринский процесс послужил основой стандартов оценки качества ухода, разработанных американской ассоциацией медицинских сестер в 1973 году. Публикации этих стандартов послужили толчком к пересмотру законодательных актов, связанных с практической деятельностью медицинских сестер, в которые были включены и таким образом получили признание такие аспекты ухода за больным как проведение оценки состояния пациентов, постановка диагноза, планирование, проведение ухода и оценки эффективности выполненного ухода. [5]

В нашей стране сестринский процесс изучается последние, как минимум 20 лет. Однако при всем многообразном опыте и грамотности, у медсестер высокого профессионального уровня понимание важности профессиональной и независимой тактики выстраивания сестринского процесса не сформировано. В основном, вся деятельность медсестры подчинена врачебным назначениям, и места для понимания и осуществления индивидуального сестринского плана просто нет.

Ограничения исследования

В качественном исследовании участники отбираются, рекрутируются и интервьюируются до тех пор, пока не наступит момент «насыщения данных», когда в результате интервью не появляется никаких новых данных и исследователю более не стоит вести сбор данных от новых участников исследования, поскольку данные повторяются и другие участники исследования с аналогичным опытом уже поделились с исследователем всей информацией. По причине пандемии количество участников исследования оказалось ограниченным и момент «насыщения данными» не был достигнут.

Список литературы

1. Голева О.П., Федорова Г.В. и соавт. МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ КАЧЕСТВА СЕСТРИНСКОЙ ПОМОЩИ //
 2. Грицанчук А.М., Гриднев О.В. и соавт. Многофакторная оценка качества работы медицинских сестер при оказании медицинской помощи пожилым пациентам // Социальные аспекты здоровья населения. 2019. (65) 4
 3. Масляков В. В., Смирнова Т. и соавт. Мероприятия по повышению эффективности сестринской деятельности военно-медицинских организаций // Проблемы стандартизации в здравоохранении. 2018. №11-12
 4. Семикина Н.А., Новокрещенова И.Г. Ретроспективный анализ оценки мнений средних медицинских работников по проблеме оценки качества сестринской помощи // Бюллетень медицинских Интернет-конференций (ISSN 2224-6150) 2016. Том 6. № 7
 5. Подопригора Г.М., Цуцунава М.Р. Азбука индивидуального ухода. НИКА: Санкт-Петербург, 2006.
-

**НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ
«СПЕЦИАЛИСТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ»**

2020, № 22

Подписано в печать 07.11.2020. Формат 60 x 84 1/8. Бумага офсетная. Печать офсетная.
Объем 4,25 уч.-изд. л.; 4,25 усл. печ. л. Тираж 500 экз. Заказ № 6245

E-mail:

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