

2022, № 29

СПЕЦИАЛИСТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ISSN 2413-6271

Учредитель:

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

Журнал выходит с 2013 г.

Спонсор выпуска –
ПРОО МР СПб

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

Адрес редакции:

Санкт–Петербург, Пискаревский пр., 47

Кафедра гериатрии, пропедевтики и управления в сестринской деятельности ФГБОУ ВО «СЗ ГМУ им. Мечникова»

Оригинал–макет –

Цуцунава М.Р.

Онлайн версия журнала доступна на сайте ПРОО МРСП amspiter.ru

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

2022, № 29

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

ОТ РЕДАКЦИИ	3
ГОРОДСКИЕ СОБЫТИЯ	
О КОНФЕПЕПЦИИ «ОПЫТ И ТРАДИЦИИ. ИННОВАЦИИ И ПЕРСПЕКТИВЫ».....	4
МАТЕРИАЛЫ ХУИ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ GERONTOLOGICHESKOY KONFERENCII «ПУШКОВСКИЕ ЧТЕНИЯ».....	5
ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ	
<i>Цуцунава М.Р., Медведникова Л.М.</i> СЕСТРИНСКИЙ УХОД ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ (В СТАЦИОНАРЕ) И ЕГО ОЦЕНКА С НАУЧНОЙ ТОЧКИ ЗРЕНИЯ.....	12
<i>Аристидова С.Н., Болгарина В.С.</i> СТРЕССОУСТОЙЧИВОСТЬ В РАБОТЕ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ И ЕЕ ВЛИЯНИЕ НА ПРОФЕССИОНАЛЬНУЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ.....	18
ЗАРУБЕЖНЫЕ ПУБЛИКАЦИИ	
<i>Цуцунава М.Р.</i> АЙ, ДА МЕДСЕСТРЫ! ИЛИ СЕСТРИНСКИЕ ИННОВАЦИИ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ	21
ПРОТОКОЛЫ В СЕСТРИНСКОЙ ПРАКТИКЕ: ЧТО ЭТО? ЗАЧЕМ? И КАКИМ ОБРАЗОМ?.....	25
ЗАЧЕМ СЕСТРИНСКОЙ ПРАКТИКЕ НУЖНА ТЕОРИЯ ИЛИ ПРЕДОПРЕДЕЛЯЯ БУДУЩЕЕ ПРОФЕССИИ С БЕРЕГОВ ТЕМЗЫ.....	30

Уважаемые коллеги!

Мы снова – о юбилее, который остался незамеченным. Продолжающиеся разговоры о статусе профессии ничего не стоят, пока мы не знаем, но что еще хуже, забываем свою историю. 95 лет тому назад была учреждена должность медицинской сестры. Разве не в этот день мы должны чествовать своих коллег? Не этот день должен стать главным праздником в нашей стране?

Мы на протяжении не одного десятка лет пытались убедить медицинскую общественность в необходимости празднования международного дня медицинской сестры, наверное, надеясь, что это поможет нам как-то изменить отношение к профессии. Но мы никогда не помнили о своей истории, за исключением лишь периода деятельности сестер милосердия. Так на что можно надеяться, когда наша система профессиональных ценностей не наполнена соответствующим смыслом?

Сегодня это тем более важно, потому что по некоторым признакам видно, что время должности «медицинская сестра» заканчивается. Сегодня можно узнать об инновационных проектах, в которых изучается возможность внедрения новой должности, а именно, - клиническая сестра. Насколько это удачное название – это отдельный разговор, но факт остается фактом.

На самом деле о новой должности заговорили еще 13 лет тому назад на Международном Конгрессе, состоявшемся в Екатеринбурге. Медсестры из регионов страны одна за другой выступали и воодушевленно рассказывали о своей интересной жизни в новом статусе «клинического специалиста». Любопытный факт: ведь еще в 1919 году предлагалось заменить термин «сестра» на термины «помврача» или «замврача», так как определения «сестра» и «сестра милосердия» считались монашескими и ограниченными, не соответствующими новому типу медицинского работника советского здравоохранения. О, времена!...

Все меняется: мир, люди, мировоззрение, убеждения, отношение, и то, что вписалось в контекст 95 летней давности, едва ли сможет противостоять естественным законам бытия: все когда-то заканчивается.

На нашей кафедре с участием студентов-бакалавров мы начали работу по изучению и восстановлению истории развития сестринской профессии в советский период. Наиболее интересные работы будут опубликованы в нашем журнале.

От редакции,

Цуцумова М.Р.

11 ноября 2022 года в СПб ГБУЗ «Городская больница Святого Великомученика Георгия» прошла VIII традиционная Городская научно-практическая конференция «Опыт и традиции. Инновации и перспективы».

Конференцию открыла специальный представитель Губернатора Санкт-Петербурга Арфения Николаевна Тер-Минасова и главный врач Городской больницы Святого Георгия Валерий Викторович Стрижелецкий. С приветственной речью к присутствующим обратилась главный внештатный специалист Министерства здравоохранения РФ по управлению сестринской деятельностью Яна Сергеевна Габоян.

Мероприятие началось по традиции докладом о внедрении новых технологий в организацию работы среднего и младшего медперсонала в больнице Святого Георгия. Начиная с 2018 года в стационаре были организованы вспомогательные службы клининга, лечебного и диетического питания, транспортировки и сопровождения пациентов, а также своя прачечная. Обо всех моментах организации и развития данных служб в своем докладе рассказала главная медицинская сестра стационара Елена Владимировна Полякова.

В блоке «Инновации и перспективы» были представлены сообщения коллег из других медицинских организаций о необходимости непрерывного медицинского образования непосредственно в лечебных учреждениях на рабочих местах: опыт организации и работы учебно-методического кабинета в Елизаветинской больнице представила старшая медицинская сестра учебно-методического кабинета Елизавета Михайловна Эфрос, с докладом о значимости образования медицинской сестры выступила главная медицинская сестра Городской больницы Святителя Луки Галия Габдибаровна Стеничкина.

Новинками в области современных устройств и инструментов для проведения хирургических вмешательств, в т.ч. бариатрических, поделились специалисты компании «Johnson & Johnson» Елена Яценко и Роман Карпов. Как достичь безопасности при использовании электрохирургического оборудования в операционной наглядно с мультимедийной демонстрацией рассказал региональный директор ООО «Эфа медика» по СЗФО Станислав Цой.

Все выступления докладчиков вызвали неподдельный интерес участников конференции, о чем свидетельствовали вопросы, задаваемые из зала, а также бурные обсуждения, а порой дебаты слушателей. Однако ещё большее оживление в зале царило во время второй части мероприятия, когда началось представление сестринских исследований. Начало второго блока возглавила ассистент кафедры гериатрии, пропедевтики и управления сестринской деятельностью Марина Рагимовна Цуцунава. В своем выступлении она затронула вопросы актуальности научных работ практикующих медицинских сестер, рассказала историю исследований в области здравоохранения в нашей стране и за рубежом.

В разделе исследований были представлены 5 работ практикующих медсестер и 4 работы студентов 4 курса по направлению «Бакалавриат» по специальности «Сестринское дело» СЗ ГМУ им. И.И. Мечникова. Свое аналитическое исследование по управлению сестринской деятельностью с аспектами организации профилактики и ухода за пациентами в клинических условиях и о хранении лекарственных средств с высокой степенью риска рассказала заместитель главного врача по СД ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Татьяна Дмитриевна Березкина. Прекрасный доклад был сделан медицинской сестрой-анестезистом Городской клинической больницы №7 г.Ижевска Нина Васильевна Никифорова, в котором познакомила всех присутствующих с результатами исследования по профилактике пролежней в отделении реанимации для пациентов нейрохирургического профиля.

Роль руководителя сестринской службы в организации работы эндоскопического отделения представила старшая медсестра эндоскопического отделения больницы Святого Георгия Елена Александровна Богданова. Молодой специалист палатная медсестра отделения реабилитации для пациентов с неврологическими нарушениями Елизавета Ивановна Антонышева осветила результаты своего исследования «Реабилитация глазами пациента», а старшая медсестра неврологического отделения для пациентов с ОНМК представила положительные результаты исследования, которые проводятся в стационаре уже 4 года, а посвящены они такой актуальной теме, как профилактика падений. Данные два исследования были рекомендованы экспертами для печати в журнале «Специалист здравоохранения».

Завершили нашу конференцию студенты 4 курса СЗ ГМУ им. И.И. Мечникова Юлия Кобзарь с исследованием о качестве медицинской помощи, Анна Назарова со сравнительным анализом факторов, влияющих на качество сестринской помощи, Ксения Трипутина представила исследование на важную тему о профессиональном выгорании медсестер и Марина Ярошенко в своей работе показала, на сколько готовы наши сотрудники к инновациям в сестринской деятельности.

В заключении выступили Президент ПРОО «Медицинских работников Санкт-Петербурга» Галина Михайловна Подопригора и заместитель главного врача по медицинской части СПб ГБУЗ «Городская больница Святого Великомученика Георгия» Игорь Григорьевич Иванов. Конференция завершилась активным обсуждением всех представленных работ. Участниками и экспертами была дана положительная оценка образовательного мероприятия и многие высказывались о необходимости очных встреч для обмена опытом для дальнейшего развития сестринского дела.

Обзор подготовила: Полякова Е.В.

ХУІ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ ГЕРОНТОЛОГИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ «ПУШКОВСКИЕ ЧТЕНИЯ»

Актуальные вопросы геронтологии и гериатрии

16-17 ноября 2022 года, Санкт-Петербург

ПАДЕНИЯ СРЕДИ ГРАЖДАН, НАХОДЯЩИХСЯ НА НАДОМНОМ СОЦИАЛЬНОМ ОБСЛУЖИВАНИИ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ (РЕЗУЛЬТАТ ОПРОСА ПО ТЕЛЕФОНУ КОЛ-ЦЕНТРА)

*Бондаренко Т.В., Белявская Г.В., Анфимова М.В.
СПб ГКУ «Центр организации социального обслуживания»*

Каждый год тысячи пожилых людей падают...

Проблемы падений в пожилом возрасте общеизвестны и исследуются в различных учреждениях. Однако очень мало информации о падениях, которые происходят в домашних условиях у граждан, которые являются, по сути, «узниками квартиры». Часто падения считаются «нормой» для пожилого человека и даже сами пожилые редко обращают на это внимание, если все обходится без травм и ушибов. Падения — самый распространенный и серьезный бытовой несчастный случай у пожилых людей. Почти треть людей старше 65 лет и половина людей старше 80 лет, по крайней мере, один раз в год переносят падения. Каждый второй человек старше 85 лет после падения утрачивает способность к самостоятельному передвижению. Падения часто происходят по разным причинам. Тем не менее, многие пожилые люди и их родственники не воспринимают риск падений как важную проблему. По

статистике лишь 10% пожилых людей предпринимают меры, способные предупредить падения и связанные с ними травмы.

Кол-центр Санкт-Петербургского государственного казенного учреждения «Центр организации социального обслуживания» провел исследование о том, как относятся к падениям пожилые граждане в Санкт-Петербурге. В мае 2022 года был проведен телефонный опрос с целью исследования нарушений здоровья пожилых людей и опыта использования ими экстренной связи. Выборка – случайная, из числа граждан пожилого возраста старше 75 лет, признанных нуждающимися в социальном обслуживании и получающих социальное обслуживание в форме обслуживания на дому. За основу опроса был взят опросник «Возраст не помеха» с расширением вопросов о падениях. Были опрошены 1000 человек, из них 495 граждан из группы 75-80 лет и 505 граждан старше 80 лет. Результаты опроса:

В возрастной категории 75-80 лет (всего 495 человек): испытывают ограничения из-за зрения - 296 человек (60%), испытывают ограничения из-за слуха - 180 человек (36%), чувствуют себя подавленными, грустными, встревоженными на протяжении последних недель - 277 человек, (56%) имеют проблемы с памятью, пониманием, ориентацией или способностью планировать - 203 человека, (41%) испытывают затруднения при перемещении по дому, улице, подъеме на 1 лестничный пролет - 354 человека (72%); в течение последнего года были травмы, связанные с падением, или падения без травм у 166 респондентов (34%). В возрастной категории 81 год и старше (всего 505 человек): испытывают ограничения из-за зрения 315 человек (62%); испытывают ограничения из-за слуха - 247 человек (49%), чувствуют себя подавленными, грустными, встревоженными на протяжении последних недель - 286 человек (57%), имеют проблемы с памятью, пониманием, ориентацией или способностью планировать - 258 респондентов (51%), испытывают затруднения при перемещении по дому, улице, подъеме на 1 лестничный пролет - 386 человек (76%), в течение последнего года были травмы, связанные с падением, или падения без травм у 173 респондентов (34%).

Из 339 человек, которые имели падения в обоих возрастных группах, 210 (61,9%) человек упали дома и чаще всего - 180 человек – указали на то, что подняться им помогли родственники и прохожие. Менее половины (123 человека) из всех, кто получал падения, смогли подняться самостоятельно. Из всех (339 человек), кто получил падения за последний год, - 148 человек, оказались в момент падения одни и звали на помощь. Из 339 человек, имеющих в анамнезе падения, только 152 человека обсудили случай падения. Из них со своими родными - 107 человек, с обслуживающими их сотрудниками социальной (13 чел.) и медицинской службы (32 чел.). Также стало известно, что 129 человек отнеслись к падению как к норме и предпочли вообще ни с кем не обсуждать случившееся. Только 80 человек из всех, кто упал за год хотя бы 1 раз, знают об устройствах, которые передают информацию о падениях. Родственники пожилых людей предлагали приобрести такие устройства для повседневной жизни только 20 человекам. Никто из социальной службы или медицинских работников даже не обсуждал подобные устройства с упавшим человеком. При этом необходимо отметить, что все граждане, которые рассказали о своих падениях являлись получателями социальных услуг и обслуживались на дому учреждениями Санкт-Петербурга.

Внедрение в работу специалистов простых тестов и опросников о состоянии здоровья пожилых людей (тест «встать и идти на время», тест «подъем со стула»), ведение документации о случаях падений, получение сотрудниками социальных учреждений знаний о технических средствах реабилитации (ТСР) и кратких инструкций по предотвращению падений в бытовых условиях значительно расширит информированность граждан и снизит вероятность бытового травматизма среди пожилых людей. В рамках подготовки к внедрению в Санкт-Петербурге системы долговременного ухода уже сейчас получили развитие пункты проката ТСР и Школы ухода, которые могут знакомить специалистов с общеоздоровительные, медицинские и бытовые мероприятия для снижения риска падений у пожилых людей.

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННАЯ МОЗГОВАЯ ДИСФУНКЦИЯ В АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

*Яковлева В.А.¹, Пивоварова И.А.², Кашин А.В.²,
Бояринов Д.Ю.³, Семенцов К.В.³, Цыган Н.В.²*

¹НИИ детской онкологии, гематологии и трансплантологии имени Р.М. Горбачевой, СПб,

²ФГБВОУ ВПО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова», СПб,

Послеоперационная мозговая дисфункция – изменение структурного и функционального состояния головного мозга, возникающее в хирургической практике в интраоперационном или раннем послеоперационном периодах, проявляющееся в виде стойких нарушений функций нервной системы и включающее три клинических типа: отсроченные когнитивные нарушения, симптоматический делирий раннего послеоперационного периода, периоперационный инсульт.

По данным литературы в структуре послеоперационной мозговой дисфункции в любой области хирургии преобладают отсроченные когнитивные нарушения (послеоперационная когнитивная дисфункция), которые развиваются и сохраняются в период от 7 дней до 1 года и более после хирургической операции. В связи с этим, диагностика отсроченных когнитивных нарушений основывается на динамическом (предоперационном и послеоперационном) проведении нейропсихологических тестов.

На настоящий момент в мировой клинической практике не существует единого алгоритма периоперационного неврологического сопровождения пациентов. Авторы описывают значительные различия в виде и количестве используемых нейропсихологических тестов, а также сроках проведения и интерпретации статистически значимых результатов.

Для отсроченных когнитивных нарушений наиболее перспективными для широкого клинического применения являются Монреальская шкала когнитивной оценки (MoCA), когнитивное обследование Адденбрука (ACE-III) и быстрый скрининг умеренных когнитивных нарушений (QMC1 Screen). Важно отметить значительные различия в частоте развития отсроченных когнитивных нарушений при кардиохирургических операциях (20-50%) и абдоминальных операциях (5-20%). По мнению ряда авторов, при абдоминальных операциях область повреждения головного мозга ограничивается зоной гиппокампа, тогда как при кардиохирургических операциях повреждение более обширно и ведет к более продолжительному и тяжелому когнитивному снижению в различных доменах.

Симптоматический делирий раннего послеоперационного периода в абдоминальной хирургии имеет частоту 7-18%. Как и в других областях хирургии, наиболее эффективной для его предотвращения является стратегия выявления пациентов из группы высокого риска на предоперационном этапе, что позволяет обеспечить пристальное наблюдение, своевременную диагностику и лечение. Ida M. с соавт. (2020 г.) с помощью мультивариантного анализа были определены факторы риска развития симптоматического делирия раннего послеоперационного периода в абдоминальной хирургии: возраст, продолжительность хирургической операции и тромбоцитарно-лимфоцитарный индекс. По данным Sánchez Acedo P. с соавт. (2020), при экстренных хирургических операциях также имеет значение предшествующее когнитивное снижение и балл по шкале ASA более III. В большинстве исследований диагностика симптоматического делирия раннего послеоперационного периода проводится с помощью шкалы CAM.

Периоперационный инсульт является редким последствием хирургических операций, для получения сведений о его эпидемиологии и факторах риска в плановой и экстренной абдоминальной хирургии необходимы дальнейшие исследования.

Диагностика различных клинических типов послеоперационной мозговой дисфункции с использованием биомаркеров или нейровизуализационных методов также находится в стадии разработки, и на сегодняшний день в литературе представлены неоднозначные результаты небольших исследований.

ЗАПОРЫ У ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЬЮ ПАРКИНСОНА

¹Ленская Л.В., ²Кашин А.В.

^{1, 2}СЗГМУ им. И.И. Мечникова,

¹СПбГБУЗ «Городской гериатрический медико-социальный центр»

²ВМедА им. С. М. Кирова, ²Городской гериатрический медико-социальный центр.

lenskaya.md@gmail.com

В последние годы проблема хронического запора у пожилых пациентов приобретает все большую актуальность в связи с ее распространенностью, влиянием на течение сопутствующих заболеваний, возможных осложнений и ухудшению качества жизни пожилых людей. Утверждение, сделанное в 19 веке особенно актуально в наши дни: Запор - это «широко распространённое явление, но при всех обстоятельствах оборачивается печальным тяжелым обременительным вредом для пациента" (Strahl, 1851 г.).

В нашей работе мы рассмотрели запоры при болезни Паркинсона, которые являются наиболее частым немоторным симптомом при диагностировании болезни Паркинсона. Наличие запоров, у таких пациентов, является одним из важных факторов снижения эффективности препаратов леводопы и развитию вторичной резистентности к терапии. В свою очередь, и сам прием препаратов леводопы может вызывать такие расстройства желудочно-кишечного тракта, как диспепсия и запоры. На поздних стадиях болезни присоединяется нарушение глотания, что еще больше затрудняет пассаж кишечного содержимого и лекарственных средств. Проводилось обследование пациентов старше 60 лет с запорами. Все пациенты с запорами были осмотрены неврологом для исключения или подтверждения наличия признаков болезни Паркинсона.

Выводы: 1. Необходим комплексный подход в лечении пациентов с данной патологией: медикаментозная коррекция, двигательная активность, брюшная гимнастика, питьевой режим, соблюдение правил приема препаратов леводопы, медикаментозное лечение запоров. 2. Ранняя диагностика запоров и их коррекция позволяет увеличить эффективность проводимой терапии, а в ряде случаев уменьшить дозы препаратов леводопы.

ПЕРСониФИЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД В СИСТЕМЕ ДОЛГОВРЕМЕННОГО УХОДА ЗА ПАЦИЕНТАМИ ГЕРИАТРИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ СО СТАРЧЕСКИМ КСЕРОЗОМ

Колосова Г.В.¹, Башикирѳва А.С.², Баранова Н.П.^{2,3}, Шишко А.В.^{3,4}, Бондаренко Т.В.⁵, Севастьянов М.А.⁶, Богданова Д.Ю.², Асатрян А.Г.⁷, Аникеев П.П.²

¹ Комитет по социальной политике Санкт-Петербурга

² Научно-инновационный центр «Профессиональное долголетие»

³ АНО «Санкт-Петербургский институт биорегуляции и геронтологии»,

⁴ Правительство Приморского края, 690090, г. Владивосток, ул. Светланская, д. 22, оф. 903

⁵ СПб ГКУ «Центр организации социального обслуживания»

⁶ СПб ГБСУСО «Дом-интернат для престарелых и инвалидов № 1»

⁷ ООО «Стомамедсервис», Стационар сестринского ухода «Родные люди»

На сегодняшний день в мире более 75% людей старше 70 лет отмечают у себя сухую кожу, которая приводит к формированию микротрещин на кистях рук, голенях, других частях тела, появлению сенильного зуда, развитию экзематозного процесса. Причиной возникновения сенильной сухости кожных покровов является снижение уровня половых гормонов, стимулирующих сальные железы, а также инволютивные дистрофические процессы, происходящие в коже. Старческий ксероз, являясь патологическим состоянием, существенно ухудшающим качество жизни пациентов герiatricкого профиля, в отсутствие коррекции может завершиться формированием более выраженных манифестаций, привести к усугублению имеющейся симптоматики, а у маломобильных граждан, нуждающихся в постороннем уходе, к появлению пролежней.

Поиски оптимальной модели сопровождения и оказания помощи стареющему населению ведутся во всех странах мира. В настоящее время особая роль должна принадлежать тем социально-медицинским технологиям, которые способны дать комплексное решение для устранения трудностей и проблем в жизни старшего поколения. Пациенты пожилого и старческого возраста составляют особую категорию граждан, для которых характерен потенциально высокий уровень коморбидности, снижающий качество жизни, оказывающий влияние на формирование старческой астении и других герiatricческих синдромов. Пожилые люди с полиморбидной патологией часто имеют низкую функциональную активность, когнитивные нарушения, депрессию. Это хрупкие пациенты со снижением качества жизни и частыми госпитализациями.

В целях реализации в отдельных субъектах РФ национального проекта «Демография» и федерального проекта «Старшее поколение» приказом Минтруда России от 29.09.2020 г. № 667 утверждена типовая модель по созданию системы долговременного ухода (СДУ) за гражданами пожилого возраста и инвалидами, нуждающимися в постороннем уходе, как составная часть мероприятий, направленных на развитие и поддержание функциональных способностей граждан, включающая сбалансированные социальное обслуживание и медицинскую помощь на дому, в полустационарной и стационарной форме с привлечением патронажной службы и сиделок. В рамках развития типовой модели СДУ и внедрения инновационных геронотехнологий с 2018 г. на территории Санкт-Петербурга и Ленинградской области реализуется социальный научно-практический проект «Старшему поколению – забота и уход!».

Цель данного этапа наблюдательных исследований – оценка эффективности внедрения инновационных геронотехнологий с использованием эмоленов дерматопротекторного действия в систему реабилитации пациентов гериатрического профиля со старческим ксерозом, сенильным зудом, риском развития пролежней.

Обследованы пациенты со старческой астенией 12 учреждений социальной защиты населения Санкт-Петербурга и Ленинградской области. Все пациенты были распределены с применением принципов рандомизации на 4 группы: I основная группа (изучали действие бальзама Ehomega Control® A-DERMA) – 220 женщин (из них 102 в возрасте от 60 до 74 лет и 118 – в возрасте от 75 до 89 лет); II основная группа (изучали действие бальзама XeraCalm A.D® Avène) – 220 женщин (из них 98 в возрасте от 60 до 74 лет и 122 – в возрасте от 75 до 89 лет); I контрольная группа (применяли плацебо-препарат – смесь paraffinum liquidum и glycerin в соотношении 1,5:1) – 220 женщин (из них 104 в возрасте от 60 до 74 лет и 116 – в возрасте от 75 до 89 лет); II контрольная группа (препараты не применялись) – 220 женщин (из них 101 в возрасте от 60 до 74 лет и 119 – в возрасте от 75 до 89 лет).

Результаты сравнительного анализа степени выраженности старческого ксероза и сенильного зуда у пациенток гериатрического профиля до и после применения дерматопротекторов убедительно доказали, что оба эмолента обладают выраженным смягчающим и увлажняющим действием, способствуют восстановлению пораженных кожных покровов, повышают регенеративные и барьерные функции кожи, предотвращают сухость, снимают раздражение и сенильный зуд, способствуют восстановлению пораженных участков защитного слоя эпидермиса ($p < 0,001-0,05$). В результате применения дерматопротекторов пациенты отмечали значительное уменьшение всех клинических проявлений старческого ксероза, что особенно важно – интенсивности зуда, как основной причины бессонницы, существенное повышение качества жизни в целом ($p < 0,001-0,05$).

Выводы:

1. Старческий ксероз, или «хрупкость» кожи, является патологическим состоянием, значительно ухудшающим качество жизни пациентов гериатрического профиля, и при отсутствии коррекции может завершиться формированием более выраженных кожных заболеваний, а у лежачих или маломобильных пациентов – пролежней;
2. Старческий ксероз как проявление «хрупкости» кожи при старении может рассматриваться в качестве составной части гериатрического синдрома старческой астении у пациентов старших возрастных групп;
3. Развитие «хрупкости» кожи существенно снижает качество жизни пациентов гериатрического профиля и требует своевременной профилактики и коррекции адекватно подобранными дерматопротекторами;
4. В качестве профилактических и лечебных средств в системе ранней реабилитации пациентов гериатрического профиля со старческим ксерозом и сенильным зудом, способствующих быстрому восстановлению липидного слоя, гидратации кожи, снятию воспаления и обеспечению тканевого дыхания, наиболее оправдано применение эмоленов дерматопротекторного действия.

ЛЕГКОЕ КОГНИТИВНОЕ РАССТРОЙСТВО: ЭКСПРЕСС-ДИАГНОСТИКА ЕГО ПРИЧИН, ЛЕЧЕНИЕ В ОБЩЕЙ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКЕ

Решетова Т.В., Лантева Е.С.

СЗГМУ им И.И. Мечникова

reshetova_t@mail.ru

Лёгкое когнитивное расстройство может сопровождать соматические (ХПН, постковидный синдром) или возрастные (атеросклеротические, дегенеративные) изменения, сопутствовать эмоциональным (тревога, депрессия) нарушениям или формироваться вследствие неправильного приёма лекарств (бензодиазепинов, барбитуратов, холинолитиков и пр). При этом клиника будет похожей, но механизмы формирования – разными. Понятно, что методы лечения и профилактики в данных ситуациях будут различны, разным будет и прогноз. При легком когнитивном расстройстве человек ещё успешно работает. При умеренном когнитивном расстройстве человек уже работает с трудом, но дома хорошо справляется сам. При легкой, мягкой деменции человек с трудом живет один. При тяжелой деменции человек вообще не может жить один: это опасно.

Клинически при легком когнитивном расстройстве у пациентов снижается скорость мышления, многостаночность, способность к долгой концентрации внимания; начинают страдать и высшие интегративные функции интеллекта - анализ и синтез. У большинства появляются жалобы на функции памяти (запоминание, сохранение и воспроизведение информации). Родственники замечают снижение инициативности, быструю истощаемость психических процессов у пациента, частые жалобы на физическое бессилие. Эта общая потеря активности в большинстве случаев ошибочно связывается с «закономерными» возрастными изменениями. От пожилых пациентов после пандемии нередко приходится слышать вопрос: «*Это - постковидный синдром или просто старость?*» Дефекты памяти считаются «привычным неудобством».

При психологическом обследовании могут быть единичные ошибки в тестах, чаще часы больной правильно рисует, по MMSE 28-30 баллов. Однако, если дать нагрузку темпом, могут появиться ошибки, это диагностически важный признак. Адаптация на работе и дома сохранена, однако в повседневном общении (особенно в ситуации экзамена или ответственности) уже начинают появляться проблемы. Если всё это компенсируется опытом, и клинически не значимо - феномен не выходит за границы возрастной нормы и носит название «доброкачественной старческой забывчивости», соответствующая лёгкому когнитивному расстройству в МКБ-10. Но для людей интеллектуального и физического труда границы этой возрастной нормы носят весьма условный характер, поэтому при когнитивном снижении так важно сравнение интеллектуального потенциала человека с самим собой. Пациент подбирает слова, в речи появляются паузы, слова-паразиты, возникает страх, что другие это заметят, особенно на работе.

Люди интеллектуальных профессий, которые привыкли рассчитывать на свои память и ум, особенно страдают из-за потери доверия к своему интеллектуальному аппарату. Если подозревается когнитивная дисфункция, всегда надо обратиться к участковому врачу для исследования сердца, щитовидной железы, легких (ХОБЛ), печени, почек, привычных интоксикаций, побочных действия лекарств: (денол, корвалол, атаракс, amitриптилин.) Обязательным будет обследование у невролога и нейропсихологическое тестирование с помощью скрининговых шкал: MiniCog, Методики обратного счета, Теста связи чисел. Если жалобы есть, а в тестах – ещё норма, надо помнить, что у когнитивных расстройств доклинический период может достигать пятнадцати лет, затем около пяти лет - время легких когнитивных дисфункций (память снижается, но интеллект и критика сохранены), и только затем - годы деменции. Чем раньше начата профилактика, тем лучше прогноз и для больного, и его семьи.

Эмоциогенные когнитивные дисфункции корректируются когнитивно-сберегающими антидепрессантами или анксиолитиками. Если когнитивная дисфункция - стадия возрастного дегенеративно-сосудистого патоморфоза, то для снижения темпов процесса рекомендуют периодические 1-2 раза в год курсы ноотропных препаратов, антиоксидантов, нейроангиопротекторов и когнитивный тренинг. Те же мероприятия целесообразны при постковидной астении и нейроковиде. Признаки отсроченного нейроковиде: бессонница, anosmia, прогрессирующие когнитивные нарушения. Обращает внимание, что при этом в сексуальной сфере у людей 65+ отмечается феномен, имитирующий "усиление либидо", но фактически - расторможенность, что свидетельствует о негативной динамике дегенеративных процессов в ЦНС. Постковидный синдром резко ускоряет нейродегенерацию и когнитивное старение мозга, особенно нейроглии, поэтому в гериатрической практике его можно и нужно лечить, особенно у пожилых пациентов.

СЕСТРИНСКИЙ УХОД ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ (В СТАЦИОНАРЕ) И ЕГО ОЦЕНКА С НАУЧНОЙ ТОЧКИ ЗРЕНИЯ

Цуцунава М.Р., Медведникова Л.М.

ФГБОУ ВО «СЗ ГМУ им.И.И.Мечникова»

Аннотация

Среди эндокринной патологии сахарный диабет занимает первое место по распространенности. Огромную роль в осуществлении медицинской помощи больным диабетом играют медицинские сестры, так как их помощь помогает не только снизить количество обращений к различным специалистам без надобности, но и способствует пациентам ставить и достигать терапевтические цели. Однако сестринский уход и проблемы, с которыми работают медицинские сестры в стационаре при уходе за пациентами с сахарным диабетом, не описаны.

Цель исследования - описать сестринский уход при сахарном диабете в стационаре и оценить его с научной точки зрения.

Материалы и методы исследования

Исследование проведено в одной из городских больниц города Санкт-Петербурга. В данном стационаре лечатся пациенты двух профилей - пациенты с заболеванием почек и сахарным диабетом, на двух сестринских постах примерно по 18-20 человек. В исследовании приняло участие 6 медсестер. Методами сбора данных стали ретроспективный анализ историй болезни и индивидуальное полуструктурированное интервью медицинских сестер.

Результаты: полученные результаты говорят о том, что сестринская помощь на отделении эндокринологии сводится к участию в лечебно-диагностическом процессе, больные находятся на общем режиме, что исключает сестринский уход, так как пациенты способны к самообслуживанию. Медсестры сообщили об отсутствии специальной подготовки. Никто из участниц не упомянул об участии среднего персонала в обучении пациентов, что считается важной ролью медицинской сестры.

Abstract

Among endocrine pathology, diabetes mellitus ranks first in prevalence. Nurses play a huge role in the implementation of a medical care for the diabetic patients, as their participation helps not only to reduce the number of the visits to the various specialists unnecessarily, but also helps patients to set and achieve therapeutic goals. However, nursing care and the problems that nurses work with in the hospital when caring for patients with diabetes mellitus are not described.

The aim of the study is to describe nursing care for diabetes in a hospital and to evaluate it from a scientific point of view.

Materials and methods of research

The study was conducted in one of the city hospitals of St. Petersburg. In this hospital, patients of two profiles are treated including the patients with kidney disease and diabetes mellitus, two ward nurses take care for about 18-20 people. 6 nurses participated in the study. The methods of data collection were retrospective analysis of medical histories and individual semi-structured interview of the nurses

Results

The results obtained suggest that nursing care at the endocrinology department is reduced to participation in the therapeutic and diagnostic process; patients are prescribed a general regime, which excludes nursing care, since patients are capable of self-care. Nurses reported a lack of special training. None of the participants mentioned the participation in the learning of the patients, which is considered an important role of a nurse.

Среди эндокринной патологии сахарный диабет занимает первое место по распространенности (более 50% всех эндокринных заболеваний). Заболеваемость неуклонно растет, за последние 15 лет во всех странах мира количество больных увеличилось вдвое [12]. Он занимает четвертое место среди лидирующих причин смертности в развитых странах [6]. Как показал контрольно-эпидемиологический анализ, проведенный в крупнейших пунктах РФ, правдивая численность больных диабетом в нашей стране в 3-4 раза превышает официальную и составляет 9-10 млн человек (6-7% всего населения России) [5].

Основной вред наносит не столько масштабность проблемы, сколько осложнения диабета: четыре из пяти больных СД умирают не от диабета как основного, а от сердечно – сосудистых болезней и периферических сосудов, инфаркта миокарда и инсульта. На третьем месте находятся проблемы с почками в конечной стадии заболевания, а также ампутация нижних конечностей и потери зрения [2].

Не взирая на хорошие успехи в лечении диабета, актуальность данной проблемы остается на прежнем уровне, и это, больше всего, связано с тем, что сахарный диабет помолодел, виден рост заболеваемости во всех возрастных группах [1].

Огромную роль в осуществлении медицинской помощи больным диабетом играют медицинские сестры, так как их участие помогает не только снизить количество обращений к различным специалистам без надобности, но и способствует пациентам ставить и достигать терапевтические цели [13]. В частности, Scain SF и соавт., которые изучили работу медсестер, посещающих пациентов с диабетической стопой, показала, что риск летального исхода у этих пациентов снизился после консультации с медсестрой-инструктором [26]. Более ранние исследования показали, что медсестры-специалисты по диабету потенциально могут сэкономить средства за счет сокращения продолжительности пребывания в стационаре [18].

В нашей стране изучение сахарного диабета вводится по определенным направлениям, среди которых, в частности, изучение работы школы диабета (Хамидулла А. [14], Ларина В.Н. и др. [7]. Разбирин Д. А., Островская И. В. [22]). При этом сестринский уход и проблемы, с которыми работают медицинские сестры в стационаре при уходе за пациентами с сахарным диабетом, не описаны. Это при том, что в среднем 18% всех коек в больницах неотложной помощи занимают больные диабетом (по данным Великобритании) [19].

Стационарное лечение должно быть направлено на предотвращение ненужных повторных госпитализаций и несчастных случаев [23]. Считается, что следует изучить максимальное управление уходом во время госпитализации как способ сокращения частых повторных госпитализаций и улучшения результатов лечения пациентов [28].

Цель: Описать сестринский уход при сахарном диабете в стационаре и оценить его с научной точки зрения.

Материалы и методы исследования

Исследование проведено в одной из городских больниц города Санкт-Петербурга. В данном стационаре лечатся пациенты двух профилей: пациенты с заболеванием почек и сахарным диабетом, на двух сестринских постах примерно по 18-20 человек. В исследовании приняло участие 6 медсестер.

Методами сбора данных стали ретроспективный анализ историй болезни и индивидуальное полуструктурированное интервью медицинских сестер.

Ретроспективный анализ был проведен с целью определить количество пациентов с сахарным диабетом за месяц (койко-оборот) в стационаре и нагрузку медицинских сестер на основе состояния пациента и назначенного режима активности.

Интервью, разработанное автором, включило следующие вопросы:

1. Что включает в себя сестринская работа?
2. Что ждут пациенты от медицинской сестры?
3. Была ли у персонала специальная подготовка по СД? Проводятся ли дополнительные занятия для персонала?
4. Есть ли на отделении карты сестринских наблюдений?

Результаты исследования

Ретроспективный анализ историй болезни пациентов показал, что за месяц через отделение проходят 63 человека с сахарным диабетом. Все пациенты находятся на общем режиме. Общий режим - это «свободный» режим, больному разрешается ходить по отделению и в пределах больницы.

На вопрос «*Что включает в себя сестринская работа?*» получены следующие ответы:

Медсестра 1: «В выходные ставим капельницы, потому что нет процедурной медсестры. Ставим инсулины, анализы собираем, занимаемся лечебно-диагностическим процессом. Работы очень много. Выполняем только назначения врача, что врач напишет в истории болезни, скажет в устной форме, но зафиксирует в истории болезни, а то я потом окажусь крайней. Пациенты ждут чтоб их лечили, дали таблетки, покормили, сделали процедуры. Сестринский уход, ну можем в выходные поменять памперс, и то потому что нет санитарок. В будни этим мы не занимаемся, а постельное белье меняет сестра-хозяйка. А в остальном, пациенты все самостоятельные, все ходячие, на общем режиме. Если нужен будет уход, то врач напишет в истории болезни, что надо делать. Все делается по назначению врача. А если привезут тяжелых пациентов, то родственники нанимают сиделку, мы только занимаемся своей работой».

Медсестра 2: «Отправляем на различные исследования в другие корпуса, сбор анализов, конкретно мочу, выборка историй. Занимаемся лечебным процессом. Только по назначению врача с утра пациенты идут завтракать, капельницы, уколы-инсулины, раздача таблеток. Ждут чтоб пациентам напомнили о процедурах. Чаще пожилые лежат, но и есть достаточно молодой контингент. Таких прям тяжелых пациентов у нас нет. Такие редко бывают. Врач пишет в истории болезни все назначения врача. Если есть на стопах, язвы, но не только стопы, ноги, бывают прям на голени всякие там язвы. Вот что нам напишет врач в истории болезни чем голени обрабатывать, сколько раз, надо ли заклеивать, мы всё выполняем что врач говорит. Не знаю, надо ли вам это. А постельным занимается сестра-хозяйка, и то если только в выходной день надо будет заменить, медсестра это сделает. А конкретного ухода у нас нет.»

Медсестра 3: «Сестринская работа включает в себя непосредственно выполнение врачебных назначений, выполнение медицинских манипуляций, постановка инъекций, капельниц, таблетки раздаем, контроль смены белья, но это на сестре-хозяйке ответственность лежит. Занимаемся проверкой историй болезни».

Медсестра 4: «Сестринская работа - это выполнение врачебных назначений, манипуляций, работа с историями болезни, обучения уколам инсулина. Пациенты ждут от медсестры внимания, помощи, заботы и поддержки».

Медсестра 5: «Я не хочу участвовать в вашем исследовании, мне это не интересно, но меня раз попросили, то я скажу так. Работы у медсестры хватает, работа с историями болезни пациентов, делаем выборку из карт, отправляем пациентов на исследования различные, на консультации к другим специалистам, это не у нас в отделении делается, в других корпусах. В будни мы ставим инъекции, днем и вечером, инсулины. Когда процедурная медсестра уходит, то постовая медсестра будет ставить уколы или капельницы, если есть назначения врача. Заполняем журналы, получаем у старшей медсестры таблетки, все это отмечаем в журнале движения, получила, выдала, сколько на остатке».

Медсестра 6: «С утра прихожу на работу, мне ночная медсестра передает смену. В журнале записываем сколько пациентов на отделении, сколько нефрологических, а сколько пациентов с сахарным диабетом. Передаем, важную информацию, на что надо обратить внимание. Ставим инъекции, отправляем больных на консультации к специалистам, на различные исследования. Выдача таблеток, измеряем температуру два раза, первый- в конце тихого часа, второй раз- ночная медсестра раздает градусники утром пол седьмого. После обеда у пациентов тихий час, а медсестра проверяет истории болезни, делает выборку. Если врач назначит капельницу, то запишу в процедурный журнал, если назначение в виде сдачи мочи, то пишу в журнале сдачи анализов и передаю вечерней медсестре или если сама работаю сутки, то готовлю направление на мочу.

На вопрос *«Что ждут пациенты от медицинской сестры?»* получены следующие ответы:

Медсестра 1: «Пациенты ждут, чтоб их полечили, дали таблетки, покормили, сделали процедуры, направили на консультации пораньше».

Медсестра 2: «Лечения, они ждут. А так я даже не знаю, что сказать. Пациент может в любое время подойти и сказать, что ему надо. Ему никто не откажет. Кто-то может не понял, когда ему идти на процедуру или спросит какую таблетку ему дают».

Медсестра 3: «Пациенты ждут от медицинской сестры, они ждут какой- то помощи, заботы, потому что, оставшись один на один со своим заболеванием, оказавшись в больнице, для них это стрессовая ситуация и они ждут доброго отношения и также они ждут, наверное, какой-то консультации, потому что пациенты, столкнувшись впервые, например, с сахарным диабетом, они не знают, как им дальше жить, что им можно кушать, что им можно делать, и они подходят с соответствующими вопросами не только к врачам, но и к медсестрам. Поэтому они также ждут вот какой- то консультации.

Медсестра 4: «Лечения, уколы, капельницы, таблетки. Иногда приходят спросят, когда анализы, интересуются, когда обследования. А так сейчас пациенты очень грамотные, интернет есть у многих».

Медсестра 5: «Ждут выполнение назначений, уколы, капельницы, хотят пройти обследования и выписаться. Ждут особого внимания, доброты».

Медсестра 6: «Хотят, чтоб медсестра занималась пациентами круглыми сутками и чтоб жила здесь в стационаре. А так, наверное, хотят, чтоб медсестра уделила им побольше внимания, но не всегда получается, то туда сходи, то сюда. Когда есть минутка, спросишь, подойдешь, что хотели, а они хотели просто поговорить».

На вопрос *«Была ли специальная подготовка/циклы по СД? Проводятся ли дополнительные занятия для персонала?»* получены следующие ответы:

Медсестра 1: «Лекций не бывает, дополнительное обучение не проводится по сахарному диабету. Иногда просто что-то надо узнать, в работе требуется. Заболевание то очень нехорошее».

Медсестра 2: «Один раз было, но это не семинар и не по сахарному диабету. Приходил хирург по поводу фистул, раз у нас еще находится здесь нефрология. Он очень маленькую лекцию прочитал. По сахарному диабету не было учебы. Обучения мы конкретно нигде не проходим. И циклы мы проходим по терапии. А так, когда долго работаешь на одном месте, то уже многое знаешь».

Медсестра 3: «Специальных каких-то конференций, семинаров по сахарному диабету не было, но проводились небольшие занятия в форме лекции по пациентам нефрологическим, которые находятся на хроническом гемодиализе. По сахарному диабету конкретно дополнительного обучения не было».

Медсестра 4: «Проводились лекции по нефрологическим пациентам. А по сахарному диабету никогда не было дополнительного обучения».

Медсестра 5: «Таких специальных дополнительных учеб не было, может раньше было».

Медсестра 6: «Учебы не было на циклах по эндокринологии и в отделение тоже нет».

На вопрос *«Есть ли на отделении карты сестринских наблюдений?»* получены следующие ответы:

Медсестра 1: «Сестры как таковым у нас этим не занимаются. В истории болезни нет карты сестринских наблюдений, я никогда их не видела».

Медсестра 2: «Карта сестринских наблюдений мы в принципе никогда не заполняли, да и нет их».

Медсестра 3: «Карта сестринских наблюдений она есть, она ведётся, включает в себя измерение температуры тела два раза в день и раз в неделю проверка на чесотку и педикулёз, но на ней не написано, что это карта сестринских наблюдений, а написано, что температурный лист. Но мы всё в одном этом листе отмечаем. Когда пациент считает количество выпитой и выделенной жидкости, тоже заносим, только чуть ниже».

Медсестра 4: «Нет у нас на отделение карт сестринских наблюдений или может он есть, но мы про него ничего не знаем. Если нам надо занести информацию, сколько пациент весит или считает количество жидкости, выпил и выделил, то информация заносится чуть ниже, в температурный лист. Но заполняем чаще его мы, поэтому его можно назвать сестринским».

Медсестра 5: «Нет у нас карт сестринских наблюдений. Просто я не видела такой документ с таким названием».

Медсестра 6: «Не помню, вернее не видела. Я читала статью одну, что где-то есть такие карты и медсестры отмечают там показатели, которые нужны по их профилю, но у себя вот в отделении их точно нет. Мы заполняем температурный лист, но он не так называется, поэтому точно могу сказать, что карты сестринских наблюдений не ведутся у нас».

Обсуждение результатов

Диабет, как и другие хронические заболевания, связан с высоким риском вторичной госпитализации [21]. Ограничение числа повторных госпитализаций больных с диабетом может основательно сэкономить расходы на здравоохранение при одновременном совершенствовании ухода. Вероятными методами снижения риска повторной госпитализации являются стационарное обучение, специализированная помощь, лучшие инструкции при выписке, координация ухода и помощь после выписки [25].

Полученные результаты говорят о том, что сестринская помощь на отделении эндокринологии сводится к участию в лечебно-диагностическом процессе. Об этом говорят и данные ретроспективного анализа историй болезни пациентов, согласно которым на отделении в основном назначается общий режим, исключаяющий по определению сестринский уход. Данная ситуация отражает традиционный подход к сестринской работе, который практиковался в стране последние 30 лет и сводился к четкому и своевременному выполнению разных лечебных назначений (инъекции, постановка банок, горчичников, компрессов), сбору анализов, оказанию помощи в подготовке к исследованиям и т.п. [9].

Несмотря на определенную специфику работы с пациентами с сахарным диабетом, большой риск значительных осложнений, среди которых, в частности, инфекции, диабетический кетоацидоз, гиперосмолярное гипергликемическое состояние и др. [17] [20], медсестры сообщили об отсутствии специальной подготовки. При этом о необходимости специализации медицинских сестер, работающих на отделениях эндокринологии, уже говорилось 30 лет тому назад. Неоспоримым является утверждение, что для улучшения качества сестринской помощи требуется постоянное совершенствование знаний и профессионального мастерства, четкая организация рабочих мест, ответственное отношение к выполняемой работе [11].

Кроме того, постоянное обучение персонала тесно связано с вопросами безопасности пациентов. Кета Д. в своей работе показал, что безопасность пациентов по-прежнему находится под угрозой. Чтобы снизить эти риски, постоянное обучение медицинского и сестринского персонала, а также всех других групп, участвующих в лечении пациентов с диабетом в больнице, остается первостепенной задачей, учитывая растущую распространенность этого состояния и его продолжающееся воздействие [4].

Недавние исследования показывают, что гипергликемия и гипогликемия повышают заболеваемость и смертность среди госпитализированных больных с диабетом, из-за этого изучается роль медицинской сестры в профилактике этих проблем [27]. Кроме того, исследуется уход за госпитализированным пациентом с инсулиновой помпой и разработка госпитальных протоколов ухода за такими больными [24].

Основной целью ухода и наблюдения за пациентами, а также связанных с ними профилактических и лечебных мероприятий является компенсация сахарного диабета [8]. Однако в проведенном исследовании никто из участниц не упомянул об участии среднего персонала в обучении пациентов, что считается важной ролью медицинской сестры. При этом есть исследования, которые показали, что недостатки в обучении пациентов при выписке из стационара связаны с повышенным риском неэффективности лечения и повторной госпитализации [15]. На необходимость стационарного обучения пациентом с диабетом указали также Rubin D. и соавт [25].

В работе Braet A. И соавт. говорится о важности вмешательств, направленных на сокращение повторных госпитализаций, которые должны начинаться во время пребывания в больнице и продолжаться в сообществе. При этом они указывают на важность обучения лиц, осуществляющих уход, которые должны помогать пациентам проводить самообслуживание [16]. При этом участники данного исследования не сообщили о том, что в стационаре проводится дополнительное обучение персонала.

Важное значение для обеспечения хорошего гликемического контроля, например, имеет обучение правильному питанию пациентов с диабетом в условиях стационара или по месту жительства. Это помогает бороться с предвзятыми представлениями о диете и укрепляет автономию пациентов в лечении своего заболевания [22].

Отсутствие обучение персонала является не единственной проблемой. Как было сказано выше, огромную роль сегодня играет медицинская сестра-специалист – диабетическая медсестра. По мнению отечественных специалистов, современный подход к сопровождению пациентов с СД 2го типа основан на выделении диабетических медсестер и наделении их широкими полномочиями, включая первичный доврачебный осмотр, рутинный мониторинг состояния пациентов, принятие решений по поддерживающей и профилактической терапии. С точки зрения Калининой И.Г., выделение диабетических медсестер - лучшая практика для реализации задач ранней диагностики и профилактики осложнений. Таким образом, диабетическая медсестра становится центральной фигурой мультидисциплинарной команды по лечению диабета. Автор сообщает, что диабетические медсестры имеют более целостное представление о пациентах, чем их коллеги. И они принимают решения более высокого уровня, и вместо того, чтобы следовать протоколу, они принимают во внимание клиническую сложность лечения каждого пациента. Данные медсестры отвечают за организацию соблюдения планов по уходу, таким образом обеспечивают непрерывность лечения [3].

Калинина И. Г. изучила вопросы, которые следует включить в обучающую программу для медицинских сестер. Среди вопросов, в частности, такие как:

- поддержание сбалансированной диеты
- стратегии снижения веса
- организация регулярных физических упражнений
- снижение уровня холестерина
- контроль артериального давления и пульса
- отказ от курения и ограничение потребления алкоголя
- корректное использование глюкометра, правильное заполнение дневника самоконтроля
- прием лекарств от диабета, в том числе самостоятельное выполнение инъекций инсулина
- стратегии борьбы с побочными реакциями на инъекции инсулина
- распознавание симптомов гипо- и гипергликемии и адекватные ответные действия
- проверка ног на наличие повреждений и своевременное обращение за медицинской помощью [3].

Ограничения исследования

На момент исследования возникли проблемы разного характера:

- Увольнение всего персонала эндокринологического отделения из-за ремонта всей больницы
 - Отсутствие эндокринологического отделения, пациенты с сахарным диабетом проходят лечение на терапевтическом отделении
 - Отсутствия опыта работы в связи с набором нового персонала
 - Сотрудникам некогда участвовать в данном исследовании.
- Обобщение результатов невозможно из-за крайне ограниченного числа участников исследования.

Список использованной литературы

1. Алыбаева С. А., Мамбетов М. А. Новые критерии эффективности медицинской реабилитации больных сахарным диабетом, осложненным диабетической нейропатией нижних конечностей // Бюллетень науки и практики. 2022. №2. 161 с.
2. Галимов О.В., Ханов В.О., Современные возможности стационара для ведения пациентов с гнойно-некротическими поражениями нижних конечностей при сахарном диабете // Сеченовский вестник. 2018. №2. 39с.
3. Калинина И. Г. Роль медицинских сестер в оказании комплексной медицинской помощи при лечении пациентов с сахарным диабетом 2 типа// Сестринская помощь в эндокринологии, 2020. № 6. стр.42-49.
4. Кетан Д., Ома Д. М. Безопасный уход за больными диабетом в больнице // Журнал клинической медицины (Лондон), 2020. № 1, стр., 21-27.
5. Киселев И. А. В помощь практикующей медицинской сестре // Профилактика сахарного диабета. 2016. №6.60с.
6. Лаптева Е. С., Беликова Т. В. Сахарный диабет: учебно- методическое пособие. СПб.: Изд-во СЗГМУ им. И. И. Мечникова, 2022. 76с.
7. Ларина В. Н., Козырев С. Е., Вторичная профилактика хронических неинфекционных заболеваний на амбулаторном этапе: школы здоровья для пациентов в городской поликлинике // CardioСоматика. 2019. №2. 49с.
8. Петров В. Н. Терапия. Пособие для медицинских сестер. - СПб.: «Издательство «Диля», 2015. 448с.
9. Подопратора Г. М., Цуцунава М. Р. Азбука индивидуального ухода//Серия: Новое мышление. 2006. № 1.-4 с.
10. Разбирин Д.А., Островская И.В. Участие медсестер - бакалавров в терапевтическом обучении больных сахарным диабетом типа 2 // Медицинская сестра. 2018. №2. 42с.
11. Садрадинова Н. О. Удовлетворенность населения качеством сестринской помощи в городских поликлиниках // Вопросы структуризации экономики. 2003. №3, стр. 157-160.
12. Сапожникова И. Е., Отношение к болезни пациентов с сахарным диабетом 1-го и 2-го типов // Терапевтический архив. 2017. № 10. 22с.
13. Тажиева А.Е., Резник В.Л., Результаты социологического опроса медицинских сестер эндокринологического кабинета в поликлиниках г. Алматы // Вестник КазНМУ. 2018. №1. 419с.
14. Хамидулла А., Утеулиев Е., Совершенствование деятельности школы диабета при оказании медицинской помощи пациентам с сахарным диабетом (на примере ГКП на ПХВ «Городская поликлиника № 16» г. Алматы) (обзор литературы) // Вестник КазНМУ. 2017. №3. 464с.
15. Becker C, Zumbunn S, et al. Interventions to Improve Communication at Hospital Discharge and Rates of Readmission: A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA Netw Open. 2021 Aug 2;4(8): e2119346.
16. Braet A, Weltens C, Sermeus W. Effectiveness of discharge interventions from hospital to home on hospital readmissions: a systematic review. JBI Database System Rev Implement Rep. 2016 Feb;14(2):106-73
17. Crawford K. Guidelines for care of the hospitalized patient with hyperglycemia and diabetes. Crit Care Nurs Clin North Am. 2013 Mar;25(1):1-6.
18. Davies M, Dixon S, et al. Evaluation of a hospital diabetes specialist nursing service: a randomized controlled trial. Diabet Med. 2001 Apr;18(4):301-7.
19. Dhatariya K, Mustafa OG, Rayman G. Safe care for people with diabetes in hospital. Clin Med (Lond). 2020 Jan;20(1):21-27.
20. Dimitraki T. Noseleutike phrontida tou diabetikou arrostou sto nosokomeio [Nursing care of hospitalized patients with diabetes]. Noseleutike. 1991 Jan-Mar;30(135):41-9. Greek, Modern. PMID: 2069646.
21. Dungan KM. The effect of diabetes on hospital readmissions. J Diabetes Sci Technol. 2012 Sep 1;6(5):1045-52.
22. Grégoire J, Philis MG. L'éducation nutritionnelle du patient diabétique [The nutritional education of patients with diabetes]. Soins. 2017 May;62(815):19-23. French.

23. Ma ZQ, Fisher MA. Characteristics driving higher diabetes-related hospitalization charges in Pennsylvania. *Am J Manag Care*. 2014 Sep 1;20(9)
24. McCrea D. Management of the hospitalized diabetes patient with an insulin pump. *Crit Care Nurs Clin North Am*. 2013 Mar;25(1):111-21
25. Rubin DJ. Hospital readmission of patients with diabetes. *Curr Diab Rep*. 2015 Apr;15(4):17
26. Scain SF, Franzen E, Hirakata VN. Effects of nursing care on patients in an educational program for prevention of diabetic foot. *Rev Gaucha Enferm*. 2018 Nov 29;39
27. Sheahan KH, Kennedy AG, et al. The Impact of a Nursing Strike on Glycemic Control in Hospitalized Patients with Diabetes. *Cureus*. 2021 Jun 29;13(6)
28. Wu L, Cleator J, et al. An assessment of the UK inpatient care for heart failure patients with diabetes. *Eur J Cardio-vasc Nurs*. 2018 Dec;17(8):690-697.

СТРЕССОУСТОЙЧИВОСТЬ В РАБОТЕ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ И ЕЕ ВЛИЯНИЕ НА ПРОФЕССИОНАЛЬНУЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ

Аристидова С.Н., Болгарина В.С.

ФГБОУ ВО «СЗ ГМУ им.И.И.Мечникова»

Аннотация

Медицинская сестра рассматривается со стороны ее компетенций и обязанностей, и крайне редко обращается внимание на ее психоэмоциональное состояние и ее способность к стрессоустойчивости. При этом профессия медицинской сестры является одной из самых сложных в мире, так как требует повышенной самоотдачи, постоянного совершенствования собственных навыков, предельной концентрации внимания, эмоциональной устойчивости, постоянного чувства личной ответственности за жизнь и здоровье своих пациентов

Цель исследования: изучить способность к стрессоустойчивости в работе медицинской сестры и ее влияние на профессиональную деятельность.

Методы исследования: анализ литературных источников; анкетирование; сравнительный анализ.

Результаты: наличие стрессовых ситуаций на рабочем месте среди данной группы слабо влияет на их профессиональную деятельность. Наиболее высокий уровень стрессоустойчивости наблюдается у медицинских сестер реанимационного отделения.

Abstract

A nurse is considered from the side of her competencies and very rarely attention is paid to her psycho-emotional state and her ability to withstand stress. At the same time, the nursing profession is one of the most difficult ones in the world, as it requires increased dedication, constant improvement of one's own skills, maximum concentration of attention, emotional stability, and a constant sense of personal responsibility for their patients' life and health.

The purpose of the study is to consider the nurses' ability to withstand stress in her workplace and its impact on her professional activities.

Methods: analysis of the scientific literature; questioning; comparative analysis.

Results: the presence of the stressful situations at the workplace among this group has little effect on their professional activities. The stress resistance highest level is observed in the nurses of the intensive care unit.

Работа в сфере здравоохранения связана с высоким уровнем стресса и потенциальным выгоранием, которые, вероятно, со временем будут усиливаться. Уровень стресса, воспринимаемого медсестрами, увеличивается по мере накопления стрессоров окружающей среды. Осознание профессионального стресса и переживание его неблагоприятных последствий для здоровья побуждает к профилактическим действиям. Имеются теоретические основания и эмпирические свидетельства того, что важную роль в процессе совладания с невзгодами играют личностные ресурсы, т. е. совокупность относительно устойчивых личностных черт, когнитивных факторов и убеждений, влияющих на оценку угрозы и процессы совладания. Одним из таких ресурсов является самоуважение или чувство собственного достоинства, которое остается в тесной взаимосвязи со способностью прогнозировать диапазон своих возможностей. Это чрезвычайно важно для медицинских сестер, когда они предпринимают действия, особенно в новых, неизвестных ситуациях, с которыми трудно справиться, потому что медсестра, приступая к новой деятельности, должна учитывать свои возможности.

Эффективность совладания также зависит от личных ресурсов, называемых «чувством когерентности». По мнению Арона Антоновского, эта концепция основана на предположении о существовании континуума состояний между здоровьем и болезнью, который следует воспринимать как единое целое, как динамический процесс достижения баланса между потребностями и ресурсами в условиях противостояния стрессу [8].

Существует ограниченное количество исследований, в которых дифференцируется психосоциальный стресс у медсестер в разных клинических условиях или на разных профессиональных этапах.

Цель: изучить способность к стрессоустойчивости в работе медицинской сестры и ее влияние на профессиональную деятельность.

Участники и методы сбора данных

С целью изучения уровня стрессоустойчивости и ее влияния на профессиональную деятельность были разработаны анкеты «Изучение стрессоустойчивости в работе медицинской сестры», состоящая из 18 вопросов, и использована шкала «Определение уровня стрессоустойчивости» (К. Шрайнер), состоящая из 9 вопросов. Анкетирование проводилось на базе ГБУЗ ЛО «Выборгская межрайонная больница». В исследовании участвовало 18 медицинских сестер в возрасте от 20 до 60 лет реанимационного и неврологического отделений.

Результаты исследования и обсуждение

Тест на определение уровня стрессоустойчивости выявил 56% медицинских сестер с высоким уровнем стрессоустойчивости и 44% - со средним уровнем стрессоустойчивости. Вывод: у всех исследуемых медицинских сестер хороший уровень стрессоустойчивости вне зависимости от профиля отделения, где они работают, что косвенно может свидетельствовать о том, что стрессовые ситуации слабо оказывают влияние, как на психологическое здоровье медицинских сестер, так и на их профессиональную деятельность в целом.

Анализ анкетирования выявил следующие результаты:

На вопрос «Сколько лет Вы посвятили медицине (опыт работы)?»: «9 и менее лет» - 44% медсестер, «10 – 19 лет» - 28%; «20 – 29» - 17%, «30 и более лет» - 11%. Вывод: большинство опрошиваемых медицинских сестер имеют достаточно небольшой профессиональный стаж работы и у них еще не сформировался синдром профессионального выгорания, который проявляется снижением стрессоустойчивости.

На вопрос «Часто ли Вы находитесь в стрессовых ситуациях на рабочем месте?» 61% медицинских сестер ответили «нет» и 39% ответили «да», указав на такие стрессовые ситуации как поступление тяжелобольных пациентов, в том числе и детей, наблюдение терминаль-

ных состояний у пациентов и большой поток пациентов. Вывод: медицинские сестры отмечают, что они могут находиться в стрессовых ситуациях на рабочем месте, и это становится причиной снижения их работоспособности и возможности быстро реагировать в экстренных ситуациях.

На вопрос «Влияет ли стресс на отношения с окружающими людьми на рабочем месте?» 60% медицинских сестер ответили «нет» и 40% ответили «да», уточнив, что стресс мешает быстро реагировать в стрессовых ситуациях, из – за него медицинские сестры становятся нервными, неуравновешенными, иногда даже агрессивными, появляется рассеянное внимание, мысли только о стрессе и появившихся проблемах, а не о работе. Вывод: часть медицинских сестер отмечают негативное влияние стресса на их отношения с окружающими людьми, наблюдаются ситуации, которые мешают установить контакт с коллегами, и между медицинской сестрой и пациентом.

На вопрос «Есть ли у Вас соматические/психосоматические заболевания?» 83% медицинских сестер ответили «нет» и 17% ответили «да», указав такие заболевания как бронхиальная астма, гайморит, гипертиреоз. Вывод: большинство медицинских сестер субъективно считают себя здоровыми и не прослеживается видимая связь стрессовых ситуаций с соматическими и психосоматическими заболеваниями.

На вопрос «Справляетесь ли Вы со стрессовыми ситуациями на рабочем месте?» 100% медицинских сестер ответили «да», указав на такие способы борьбы со стрессом как «не принимать близко к сердцу», «поплакать», «пожаловаться родным», «абстрагироваться», «ставить перед собой «стену равнодушия» и «применять юмор». Вывод: все исследуемые медицинские сестры отмечают, что они справляются со стрессовыми ситуациями на рабочем месте, что свидетельствует о высоком уровне стрессоустойчивости и сохранении психологического здоровья в целом.

На вопрос «Укажите Ваш тип высшей нервной деятельности?» 39% медицинских сестер ответили «сангвиник», 27% - «флегматик», 17% - «холерик» и 17% - «меланхолик». Вывод: среди испытуемых медицинских сестер имеются представители всех типов высшей нервной деятельности, а, следовательно, и всех типов поведения медицинских сестер.

На вопрос «Бывают ли у Вас эмоциональные срывы на рабочем месте?» 83% медицинских сестер ответили «нет» и 17% ответили «да», объясняя это большим объемом работы и конфликтами с коллегами. Вывод: большинство медицинских сестер отмечают отсутствие эмоциональных срывов на рабочем месте, которые могут повлечь за собой снижение работоспособности и возникновение синдрома эмоционального выгорания. Отсутствие эмоциональных срывов также свидетельствуют о высоком уровне стрессоустойчивости.

На вопрос «Какой уровень стрессоустойчивости Вы бы могли отметить у себя?» 67% медицинских сестер ответили «средний уровень», объясняя это проявлением таких чувств к пациенту, как сочувствие, жалость, переживанием боли вместе с ним, 33% ответили «высокий уровень», объяснив это умением быстро выбросить негатив из головы, выстроить невидимую стену между собой и пациентом. Вывод: все исследуемые медицинские сестры отмечают у себя высокий и средний уровень стрессоустойчивости, что свидетельствует о возможности противостоять стрессовым ситуациям на рабочем месте, что положительно сказывается на их профессиональной деятельности и психологическом здоровье.

На вопрос «Удастся ли находить время на отдых во время рабочей смены?» 100% медицинских сестер ответили «да», уточнив, что в среднем время на отдых составляет от 10 мин до 4 часов, в зависимости от ситуации. Вывод: все исследуемые медицинские сестры находят время на отдых в течение рабочей смены, чаще всего в ночное время, что способствует повышению уровня стрессоустойчивости.

Таким образом, можно сделать вывод, что наличие стрессовых ситуаций на рабочем месте среди данной группы слабо влияет на их профессиональную деятельность. Наблюдается преобладание высокого и среднего уровня стрессоустойчивости, типов высшей нервной деятельности, таких как «сангвиник» и «флегматик», кроме этого не было выявлено наличие соматических/психосоматических заболеваний у исследуемых медицинских сестер, связанных со стрессовыми ситуациями при выполнении ими профессиональной деятельности.

Сравнительный анализ полученных результатов

С целью установления отделения с наиболее высоким уровнем стрессоустойчивости было проведено сравнение полученных результатов анкеты «Определение уровня стрессоустойчивости» относительно ответов медицинских сестер неврологического и реанимационного отделений. В неврологическом отделении у 56% медицинских сестер выявился высокий уровень стрессоустойчивости и у 44% - средний уровень стрессоустойчивости. В реанимационном отделении у 67% медицинских сестер выявился высокий уровень стрессоустойчивости и у 33% - средний уровень.

С целью установления отделения с преобладанием того или иного типа высшей нервной деятельности было проведено сравнение полученных результатов анкеты «Определение уровня стрессоустойчивости» относительно ответов медицинских сестер неврологического и реанимационного отделений.

В неврологическом отделении у 56% медицинских сестер выявился тип высшей нервной деятельности «сангвиник», у 22% - «флегматик», у 11% - «холерик», и у 11% - «меланхолик». В реанимационном отделении у 33% медицинских сестер выявился тип высшей нервной деятельности «сангвиник», у 33% - «флегматик», у 23% - «холерик» и у 11% - «меланхолик».

С целью выявления отделения МО с преобладанием того или иного типа поведения медицинской сестры по И. Харди было проведено сравнение полученных результатов анкеты «Определение уровня стрессоустойчивости» относительно ответов медицинских сестер неврологического и реанимационного отделений. В неврологическом отделении у 56% медицинских сестер выявился тип поведения медицинская сестра – «специалист», у 22% - «играющая роль» и «рутинер», у 11% - «нервная» и «мужеподобная», и у 11% - «материнский».

В реанимационном отделении у 33% медицинских сестер выявился тип поведения медицинская сестра – «специалист», у 33% - «играющая роль» и «рутинер», у 23% - «нервная» и мужеподобная и у 11% - «материнский».

По результатам сравнительного анализа можно сделать вывод, что наиболее высокий уровень стрессоустойчивости наблюдается у медицинских сестер реанимационного отделения, а у медицинских сестер неврологического отделения наиболее высок средний уровень стрессоустойчивости. Тип высшей нервной деятельности «сангвиник» преобладает у медицинских сестер неврологического отделения, а тип высшей нервной деятельности «сангвиник» и «флегматик» - у медицинских сестер реанимационного отделения, так же можно отметить, что у медицинских сестер неврологического отделения преобладает тип поведения медицинская сестра – «специалист», а у медицинских сестер реанимационного отделения преобладают три типа поведения медицинская сестра, «играющая роль», «рутинер» и «специалист».

Список использованных источников

1. Kupcewicz E., Józwiak M. Positive orientation and strategies for coping with stress as predictors of professional burnout among Polish nurses. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2019;16:4264. doi: 10.3390/ijerph16214264.

2. Kupcewicz E. Jakość życia pielęgniarek a strategie radzenia sobie ze stresem doświadczanym w środowisku pracy [Quality of life of nurses and strategies for coping with stress experienced in the work environment] *Med. Ogólna Nauk. Zdrowiu*. 2017;**23**:62–67. doi: 10.5604/20834543.1235627.
3. Kupcewicz E., Józwick M. Association of burnout syndrome and global self-esteem among Polish nurses. *Arch. Med. Sci.* 2020;**16**:135–145. doi: 10.5114/aoms.2019.88626.
4. Juczyński Z., Ogińska-Bulik N. *Narzędzia Pomiaru Stresu i Radzenia Sobie ze Stresem [Tools for Measuring Stress and Coping with Stress]* Pracownia Testów Psychologicznych; Warszawa, Poland: 2009
5. Kupcewicz E. Global Self-Esteem and Stress Intensity in a Group of Polish Nurses-A Mediator Role of a Sense of Coherence. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Jan 15;**19**(2):975. doi: 10.3390/ijerph19020975. PMID: 35055796; PMCID: PMC8776026.

ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ СТАТЕЙ В ЖУРНАЛ «СПЕЦИАЛИСТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ»

Статья должна быть выполнена в редакторе Microsoft Word 2003, 2007 или XP и набрана шрифтом **шрифт Times New Roman (кегель 12)** через 1 интервал с полями (2x2x2x2), междустрочный интервал – 1, боковые поля: левое – 2 см, правое – 1,5 см, верхнее и нижнее – 2 см, абзацный отступ (красная строка) – 1,25 см; ориентация – книжная, без переносов вручную. Текст должен быть **выровнен по ширине**.

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

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

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

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

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

Примеры оформления списка литературы:

Горская О.А., Онохина Я.С., Сельков С.А. К вопросу о вертикальной передаче вирусного гепатита С // Журнал акушерства и женских болезней. 2013. Спец. выпуск. с. 24-25.

Петрова Н.Г., Додонова И.В., Погосян С.Г. Основы медицинского менеджмента и маркетинга. Учебное пособие. – СПб: ООО «Издательство ФОЛИАНТ», 2013. – 352 с.

Рукописи пересылаются в редакцию в электронном виде на адрес редакции: sp-zdrav2013@gmail.com

ПРОО МРСП - ПРОВАЙДЕР ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ

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



Наши вебинары слушают:

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

«АЙ, ДА МЕДСЕСТРЫ!» ИЛИ О СЕСТРИНСКИХ ИННОВАЦИЯХ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ (пер. с англ.)

Цуцунава М.Р.

ФГБОУ СЗ ГМУ им. Мечникова

Аннотация

В данной статье описывается опыт работы сестринского персонала в условиях пандемии в Юго-Западном медицинском центре Техасского университета (Даллас, Техас). Авторы делают акцент на инновациях в области ухода за больными, направленных на сокращение *чрезмерного* использования средств индивидуальной защиты при сохранении безопасных условий для персонала, ухаживающего за пациентами с COVID-19. Второстепенная цель этой статьи - побудить медицинских сестер по всему миру делиться своими знаниями и опытом во время этой пандемии через социальные сети.

Во время пандемии COVID-19 Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) наметила четырехэтапную стратегию: (1) подготовиться и быть готовым; (2) обнаруживать, предотвращать и лечить; (3) уменьшить и подавить; и (4) вводить новшества и совершенствоваться. Квалифицированные медсестры в течение нескольких недель работали на передовой с ограниченными ресурсами, и они сыграли важную роль в реализации всех 4 направлений, обозначенных ВОЗ.

Медсестры являются новаторами по необходимости; фраза «там, где рядом медсестра, есть обходной путь...» означает, что мы находим способы улучшить процесс ухода при любой возможности. Флоренс Найтингейл при жизни произвела революцию в уходе за больными, поделившись знаниями об уходе за больными и ранеными во время войны. Благодаря распространению информации удалось сократить распространение болезней и спасти тысячи жизней.

Двести лет спустя, во время пандемии, перед медсестрами снова стоит задача ограничить распространение инфекции. Жизненно важным ключом к успеху Найтингейл была ее способность распространять информацию о своих наблюдениях. Уникальной же для настоящего времени является скорость, с которой идеи можно распространять.

Действия медсестер на COVID-19 можно обобщить как стратегии, направленные на сокращение бездумного использования средств индивидуальной защиты (СИЗ), ограничение распространения инфекции и повышение готовности с сохранением безопасной среды.

Пандемия COVID-10 привела к дефициту СИЗ, и стратегии медсестер, направленные на сокращение использования СИЗ, отвечают потребностям ВОЗ в готовности, профилактике и инновациях. Только при разумном использовании ресурсов мы можем расширить окно защиты для персонала, работающего на передовой. Увеличение коэффициента укомплектован-

Медсестры являются новаторами по необходимости: фраза «там, где рядом медсестра, есть обходной путь...» означает, что мы находим способы улучшить процесс ухода при любой возможности.

ности персонала, позволяющего снизить затраты и улучшить результаты, разумная комбинация вмешательств и назначение медсестры-курьера за пределами изолятора, которая будет связующим звеном между изолятором и другими отделениями и обеспечивать требуемыми средствами по уходу или медикаментами, позволяет медсестре оставаться в палате COVID-19 и не снимать без надобности СИЗ, а также не перегружать палату «запасами».

Видеоконференции и цифровые стетоскопы позволяют персоналу оценивать состояние пациента, не находясь в палате (функционально это аналогично тому, как если бы медсестра в палате проводила оценку по шкале инсульта, а неврологическая бригада наблюдала за пациентом). В некоторых случаях видеосвязь (защищенная) может быть передана родственникам, чтобы еще больше ограничить перемещение и обеспечить виртуальное присутствие семьи.

Передислокация такого оборудования как внутривенные помпы, панели управления аппаратом искусственной вентиляции легких и кровати для безопасного выноса оборудования за пределы палаты, позволяет ограничить передвижение «из палаты в палату», сокращает использование СИЗ и повышает безопасность персонала. Было обнаружено, что при перемещении оборудования возникает опасность споткнуться (из-за трубок для внутривенных вливаний), а также вероятность перекручивания трубок, что будет препятствовать инфузии. Инновационным и простым решением стало использование устройства для стабилизации мочевого катетера для крепления трубки к пациенту и к стойке капельницы. Для лучшего эффекта была использована соответствующим образом изолянт для предотвращения закупорки системы для внутривенной инфузии, а также лишая ее всяких шансов касаться пола, снижая тем самым риск контаминации.

Назначение сотрудника для наблюдения за снятием халата является жизненно важным; он не только помогает убедиться, что все действия выполняются в правильном порядке, но и может отметить риск случайного и опасного контакта.

СТРАТЕГИИ МЕДСЕСТЕР, НАПРАВЛЕННЫЕ НА ОБЕСПЕЧЕНИЕ БЕЗОПАСНОСТИ И ГОТОВНОСТИ ПЕРСОНАЛА

Готовность можно интерпретировать по-разному. Можно быть готовым умственно и физически, или можно быть готовым к действиям. И то, и другое жизненно важно для требуемого реагирования. Наличие специально отведенного места для персонала, где можно поесть, попить и отдохнуть (пусть даже всего несколько минут), крайне важно в отношении готовности. Создавая импровизированную комнату отдыха, мы еще больше сокращаем передвижение, одновременно способствуя хорошему самочувствию персонала. Изобретательность персонала, такая как разумная комбинация вмешательств и перемещение помп для внутривенных вливаний за пределы помещения, помогает снизить риск заражения. Назначение сотрудника для наблюдения за снятием халата является жизненно важным; он не только помогает убедиться, что все действия выполняются в правильном порядке, но и может заметить риск случайного и опасного контакта (например, внешняя сторона халата касается кожи медсестры).

Дополнительные визуальные подсказки обеспечиваются с помощью «полицейской» ленты. Поскольку во время «пика» заболеваемости палаты перепрофилируются, приходится использовать и помещения без «предбанника». Лентой обозначается зона внутри палаты и в 6 футах от кровати, где происходит первоначальное снятие одежды (маски и лицевого щитка), прежде чем медсестра выйдет из палаты и перейдет в другую зону (также обозначенную лентой) для завершения процедуры снятия одежды.

СТРАТЕГИИ МЕДСЕСТЕР, НАПРАВЛЕННЫЕ НА СОКРАЩЕНИЕ ЛЮДСКОГО ПОТОКА

Людской поток - это как количество людей, которые входят в изолятор или палату, так и количество посещений этой зоны. На самом деле, речь идет о том, сколько раз открываются двери, тем самым увеличивая риск заражения. Как описано ранее, достаточное количество персонала, отвечающее соотношениям 1:1 или 2:1, уменьшает количество входов и выходов из палаты. После технических корректировок вентиляция всего сестринского поста была настроена на увеличение положительного давления, в то время как поток в каждой палате был отрицательным. Создание зоны отдыха в палате сократило необходимость выходить из палаты и открывать двери реже.

Защита окружающей среды не заканчивается у постели больного, и персонал использовал свои навыки изобретателей при разработке новых внутрибольничных транспортных маршрутов. В нашей больнице есть 1 этаж, на котором нет пациентов и коридоры шире, чем в среднем по учреждению. Несмотря на то, что это – далеко не прямой маршрут, через него перевозят пациентов с подтвержденным диагнозом или подозрением на COVID-19, чтобы снизить риск контакта с другими пациентами.

Вместо заключения: Найтингейл делилась своими наблюдениями!

Найтингейл, скорее всего, была не первой, кто задумался о гигиене рук. Кроме того, такие ее новшества как размещение ограниченного числа людей в одной комнате, проведение уборки и перевязок, проветривание помещений и так далее сами по себе едва ли были революционными. Однако действительно революционным было то, что Найтингейл поделилась своими идеями! Опираясь на основополагающие принципы Найтингейл, многие призывают медсестер стать частью группы профессионалов, ответственных за распространение знаний. Кто-то предположил, что, если бы у Флоренс была учетная запись в Facebook или Twitter, она ежедневно публиковала бы посты с поля боя в Крыму. Во время такого масштабного события как пандемия мы делимся своими знаниями в надежде, что это побудит других медсестер делиться своими советами, инновациями и изобретательностью.

Источник:

Newby JC, Mabry MC, Carlisle BA, Olson DM, Lane BE. Reflections on Nursing Ingenuity During the COVID-19 Pandemic. J Neurosci Nurs. 2020 Oct;52(5):E13-E16.

ПРОТОКОЛЫ В СЕСТРИНСКОЙ ПРАКТИКЕ: ЧТО ЭТО? ЗАЧЕМ? И КАКИМ ОБРАЗОМ?

Цуцунава М.Р.

ФГБОУ «СЗ ГМУ им.И.И.Мечникова»

Аннотация

Учреждения здравоохранения, которые внедряют протоколы в сестринскую практику, могут выиграть от более высоких показателей сохранения персонала на фоне повышения удовлетворенности работой. В этой статье рассматриваются положительные результаты, связанные с сестринскими протоколами, и подробно описывается их планирование, разработка и внедрение в условиях стационара.

Предоставление медсестрам возможности принимать решения способствует развитию ощущения автономии и чувства удовлетворенности работой. Автономия – это способность

медсестры принимать решения и выполнять их в зависимости от сферы своей сестринской практики. Автономия является одной из наиболее распространенных переменных, коррелирующих с удовлетворенностью работой среди медсестер.

В настоящее время медсестры зависят от врачебных решений и приказов о проведении того или иного вмешательства. При этом, если клиническая обстановка допускает такую возможность как независимое принятие решения, медсестры могут сообщить о более высоком уровне удовлетворенности работой. Сестринские протоколы (или формально согласованные правила в больнице), могут позволить медсестрам принимать определенные решения в зависимости от сферы их сестринской практики, не обращаясь к врачу или более опытной медсестре за получением приказов о вмешательстве. Сестринские протоколы дают медсестрам ощущение расширения прав и возможностей и автономии, двух важнейших элементов здоровой рабочей среды.

Преимущества здоровой рабочей среды

Здоровая рабочая среда — это обстановка, в которой медсестры *хотят* работать, чувствуют, что организация их ценит, и не ищут работу в другом месте. Важнейшие характеристики здоровой рабочей среды включают совместное и эффективное принятие решений на всех уровнях, общение и сотрудничество, ощущение расширения прав и возможностей сотрудников, соответствующее кадровое обеспечение, значимое признание и подлинное лидерство. Здоровая рабочая среда приводит к повышению у медсестер уровня удовлетворенности работой, что, как было показано, способствует увеличению кадрового потенциала и уровня удовлетворенности пациентов, что является двумя важными мерами экономии для медицинских учреждений.

Здоровая рабочая среда — это обстановка, в которой медсестры *хотят* работать, чувствуют, что организация их ценит, и не ищут работу в другом месте.

Шаг 1. Обзор практики, основанной на фактических данных

Первый шаг в разработке сестринского протокола - установить в нем необходимость. Следует начать со сбора и изучения клинических данных из имеющихся источников данных и определения того, привержено ли отделение рекомендациям на основе доказательной медицины. При этом рекомендуется выбирать исследования, которые имеют самый высокий уровень доказательности изменений в практике.

После литературного обзора следует определить, реализует ли подразделение передовые практические рекомендации. Изучите результаты работы подразделения, чтобы определить области, требующие улучшений. Затем определите, может ли сестринский протокол улучшить показатели качества.

Шаг 2: Разработка протокола

Любая задействованная и заинтересованная сторона должна иметь представителя в команде, разрабатывающей и внедряющей протокол. Например, если сестринский протокол должен разрешить медсестрам начать отключение пациента от аппарата ИВЛ без традиционного приказа о вмешательстве, представители сестринского дела, респираторной терапии и врачи должны сотрудничать.

Ключ к успешному внедрению сестринского протокола – команда лидеров, которые разработают и реализуют протокол и меняют культуру подразделения с целью добиться одобрения со стороны персонала, следить за соблюдением персоналом правил, установленных в протоколе, и устранять любые проблемы, возникающие из-за изменений.

Шаг 3. Изменение культуры отделения

Теория перемен, предложенная Куртом Левиным, использовалась в различных учреждениях здравоохранения и применялась к сестринскому делу. Основная идея Левина, лежащая в основе изменения процесса или поведения, сводится к трем этапам: размораживание, продвижение и повторное замораживание.

На этапе размораживания группа должна найти метод, позволяющий персоналу отказаться от принятого (традиционного) отношения к чему-либо и соответствующего поведения. На этом этапе преодолевается сопротивление изменениям. Применяя принципы управления переменами, группа должна осознавать, что сопротивление является естественной реакцией на изменения, и не должна тратить много времени, пытаясь устранить любое сопротивление.

Далее следует перейти к изменению состояния. Стадию изменения также можно классифицировать как стадию продвижения, на которой инициируются новые мысли, чувства и поведение. На этом этапе требуется подробный план действий, а также привлечение персонала к проверке предлагаемой перемены. Заключительный этап — это этап повторного замораживания, на котором поддерживается или «замораживается» вновь сформированное отношение и поведение.

Трехэтапный процесс Левина можно использовать для изменения существующей практики обращения медсестер к врачам за получением разрешения о проведении вмешательства. Размораживание существующей практики состоит в том, чтобы заставить медсестер и врачей отказаться от своих убеждений и представлений о текущей практике и вместо этого использовать сестринские протоколы. Медицинский персонал должен быть мотивирован, чтобы признать, что изменение является стоящим делом. Примерами стратегий, которые можно использовать для «размораживания» отношения и поведения, могут быть анализ проблемы, чтобы показать расхождение между желаемым и текущим состоянием, распространение научно обоснованных статей по теме, демонстрация данных, относящихся к теме, обеспечение всех заинтересованных сторон в сотрудничестве при разработке протокола.

В качестве клинического примера рассмотрим следующий:

представьте, что учреждение хочет разработать сестринский протокол удаления постоянных мочевых катетеров без назначения врача. Чтобы разморозить принятую практику, можно было бы распространять основанные на научных данных статьи на тему снижения инфекций мочевыводящих путей, связанных со своевременным удалением катетера, а также публиковать и обсуждать данные, показывающие текущую частоту использования мочевых катетеров и уровень инфицирования. Примером вмешательства сил сопротивления может быть использование врача-защитника, представляющего протокол, чтобы показать своим коллегам его важность. Использование движущих сил реализуется, когда в группу разработчиков протокола включаются медсестры и врачи, которые заинтересованы в его принятии. Этап перехода, который следует после разработки протокола, обеспечит знакомство с новым протоколом всех заинтересованных сторон.

Информация о новом протоколе должна передаваться различными способами, например, во время учебных занятий на отделении, по электронной почте персоналу, на досках объявлений. Протокол должен быть легко доступен для всех участников в бумажном и/или электронном формате. Лидеры проектной группы должны быть готовы ответить на любые вопросы по содержанию протокола.

Повторная «заморозка» или интеграция процессов как часть культуры подразделения должна выполняться путем постоянного наблюдения за использованием протокола. Это может делать назначенный лидер, клинический специалист, помощник менеджера медсестры или менеджер. Протокол должен быть включен в программу клинической ориентации для новых сотрудников.

Заключение

Сестринский протокол можно рассматривать как инструмент для обеспечения безопасного и эффективного ухода. Некоторые медицинские работники критикуют протоколы называя их «лекарством из кулинарной книги», где все живут по одному и тому же рецепту, исключая клиническое суждение. Однако на самом деле клиническое суждение имеет место быть, поскольку сестринские протоколы дают врачам больше времени, чтобы сосредоточиться на пациентах, у которых отсутствуют классические признаки определенного заболевания и в отношении которых невозможно применить стандартный протокол.

Протоколы не предназначены для порождения самоуспокоения или отказа от обучения; необходим постоянный мониторинг результатов действия по протоколу, а также обновления, основанные на передовом опыте. Сестринские протоколы, как неоднократно было показано, улучшают результаты лечения пациентов и дают медицинскому персоналу ощущение расширения возможностей.

5 примеров доказательной практики в сестринской практике

Вентилятор-ассоциированная пневмония

Распространенной инфекцией, связанной с оказанием медицинской помощи, является вентилятор-ассоциированная пневмония, нозокомиальная инфекция, которая может возникнуть во время продолжительной ИВЛ. Чтобы бороться с проблемой, которую можно предотвратить, руководящие принципы, основанные на фактических данных, изменили методы работы медицинских сестер.

В 2001 году был разработан протокол для снижения риска вентилятор-ассоциированной пневмонии. Он включает в себя:

- Подъем изголовья кровати на 30-45 градусов, что предотвращает аспирацию желудочного содержимого и способствует дренированию секрета;
- Ежедневное прерывание седации. Непрерывная седация может привести к чрезмерной седации, что связано с повышенным риском вентилятор-ассоциированной пневмонии.
- Отказ от плановых изменений контура ИВЛ. Частая смена контура повышает риск вентилятор-ассоциированной пневмонии.

С момента публикации рекомендаций они применяются во многих отделениях интенсивной терапии. По данным Института улучшения здравоохранения (США), в больницах наблюдается значительное улучшение показателей относительно заболеваемости пневмонией, связанной с ИВЛ, а «некоторые даже достигли нуля, приняв комплексный и междисциплинарный подход к ИВЛ».

Кислородотерапия и пациенты с ХОБЛ

Когда-то считалось, что кислородотерапия для пациентов с ХОБЛ может привести к таким серьезным проблемам как гиперкапния и ацидоз. Некоторые даже считали, что это может привести к летальному исходу. Тем не менее сегодня важным протоколом, основанным на фактических данных, является обеспечение кислородом пациентов с ХОБЛ для предотвращения гипоксии и органной недостаточности.

Почему оксигенотерапия стала стандартом лечения? Потому, что теперь известно — благодаря основательным исследованиям — что кислородотерапия действительно может улучшить качество жизни пациентов с ХОБЛ. Было показано, что она помогает пациентам с ХОБЛ чувствовать себя лучше и быть более активными. Другое исследование показало, что длительная оксигенотерапия потенциально может продлить жизнь пациентов с ХОБЛ.

Подростки на стационарном лечении

Благодаря исследованиям, основанным на фактических данных, медсестры сегодня знают, что детям, находящимся на стационарном лечении, приносит пользу ежедневное купание с 2% раствором хлоргексидина глюконата. Исследование в Детской больнице Цинциннати показало, что ежедневное купание с этим раствором снижает риск инфицирования кровотока. Фактически, исследование продолжает доказывать, что купание через день с 2% раствором хлоргексидина глюконата вместо ежедневного купания с мылом снижает риск заражения на целых 45%.

Предотвращение кишечной непроходимости после операции на брюшной полости

У пациентов после абдоминальной хирургии часто наблюдается послеоперационная непроходимость кишечника (ПОНК), вызывающая сильную боль и страдания. Исследование, проведенное группой медсестер онкологического отделения, показало, что существует простой способ предотвратить ПОНК: жевать резинку. Проведенные исследования показали, что состояние пациентов, жевавших жевательную резинку, улучшалось быстрее, общие результаты у них были лучше, а время пребывания в стационаре сокращалось.

Медсестры обнаружили, что из 159 пациентов, перенесших абдоминальную операцию в течение определенного периода времени, у 15 развилась ПОНК. Пятеро из этих пациентов жевали жвачку, а 10 - нет. В отчете, опубликованном в Международном журнале клинической и экспериментальной медицины, сообщалось о другом исследовании, которое показало, что только у 27% пациентов, жевавших жвачку, развился ПОНК по сравнению с 48% пациентов в контрольной группе, которым жвачка не предлагалась. Это привело к предположению, что жвачка - это новая и простая стратегия, способствующая восстановлению функции желудочно-кишечного тракта.

Нивелирование стресса у медсестер

Протоколы, основанные на фактических данных, выходят далеко за рамки простого ухода за пациентами. Они относятся к сестринской работе. Общеизвестно, что уход за больными – это профессия, связанная с высоким уровнем стресса и беспокойства. В некоторых случаях стресс на работе даже приводит к депрессии или выгоранию, особенно у тех, кто работает в таких областях, как отделения неотложной помощи и онкологические отделения.

Одной из проверенных практик является снижение стресса на основе осознанности (ССОО). Согласно исследованиям, ССОО снижает стресс, тревогу и депрессию у медсестер. Кроме того, исследования показали, что протокол приводит к повышению удовлетворенности работой и снижению эмоционального выгорания. В одном из исследований все 36 участниц-медсестер продемонстрировали улучшение общего состояния здоровья, снижение стресса и снижение профессионального выгорания, и эти изменения сохранялись, по крайней мере, еще четыре месяца после эксперимента.

Использованная литература

1. Barto, D. Nursing Critical Care 14(4): p 18-24, July 2019.
2. 5 Examples of Evidence-Informed Nursing Practice Protocols. Режим доступа: <https://online.marymount.edu/blog/evidence-based-practice-in-nursing>

ЗАЧЕМ СЕСТРИНСКОЙ ПРАКТИКЕ НУЖНА ТЕОРИЯ ИЛИ ПРЕДОПРЕДЕЛЯЯ БУДУЩЕЕ ПРОФЕССИИ С БЕРЕГОВ ТЕМЗЫ...

Около 40 лет тому назад в Великобритании был подготовлен и реализован так называемый Проект 2000, который полностью изменил систему сестринского образования в стране. В первые годы было достаточно много публикаций, освещающих не только ход реализации, но и оценивающих качество самого Проекта. Одна из публикаций привлекла к себе особое внимание, так как то, о чем идет в ней речь, очень напоминает нашу нынешнюю ситуацию в профессии. Это доказывает, с одной стороны, что мы переживаем одни и те же проблемы в профессии, ну а с другой – можно заглянуть в наше обозримое будущее, при условии, что мы предпримем определенные шаги, как это делают наши зарубежные коллеги.

О ритуальной практике

Для успешного перехода сестринской профессии в новое тысячелетие необходимо отказаться от ритуальной практики и изменить отношение в пользу новой *Теории расширения прав и возможностей*. В последние годы образование медицинских сестер претерпело некоторые весьма существенные изменения опираясь на исследования и рациональное мышление как основу практики. К сожалению, есть много свидетельств того, что ритуальные практики продолжают процветать в палатах и сегодня. Кроме того, ритуальные убеждения и установки не только занимают видное место в практической деятельности, но и настолько укоренились в психике медсестры, что составляют саму ее/ее идентичность. Возможно, именно поэтому необходимость измениться вызывает опасения, так как идет атака на само существо медсестер.

Ритуальная практика имеет неизбежные последствия для студента, который может оказаться между двумя, часто совершенно различными и конфликтующими полюсами: колледж/университет, с одной стороны, и клиническая область, с другой.

Большинство медицинских сестер в какой-то мере сталкивались с этим так называемым разрывом между теорией и практикой, но, вероятно, наиболее остро его ощущают студенты-медсестры, которые часто разрываются между требованиями своих наставников реализовать то, чему их научили, и давлением со стороны практикующих медсестер, чтобы соответствовать ограничениям реальных клинических ситуаций.¹

Действительно, студенты часто оказываются под опекой клинического наставника, который, приверженный ценностям, связанным с его или ее собственным обучением, может быть не готов полностью принять требования нового времени.

О расширении прав и возможностей

Расширение прав и возможностей медсестер и сестринской профессии затруднено, когда сами медсестры *вступают в сговор* с единственной целью - подчиняться. Стоит напомнить, что до 1970 года у сестринской профессии не было собственной базы знаний. Соответственно суть ее философии сводилась к подчинению медицине, сам уход за больными основывался не на фактах, а скорее на том, что, по мнению врачей, медсестры должны были знать и делать.

Однако с 1970 года исследования стали занимать более видное место в профессии, а кульминацией стала сегодняшняя программа подготовки медсестер с акцентом на высшее образование и самостоятельное обучение, в отличие от стиля ученичества в прошлом. Центральной особенностью в обучении медсестер в настоящее время является рефлексия, она занимает ключевое место в усилиях по объединению теории и практики. Применение теории на практике направлено на информирование

¹ Rolfe, G. (1996) Closing the Theory-Practice Gap: A New Paradigm for Nursing Oxford: Butterworth-Heinemann Ltd.

практики и отмену традиционного поведения и мотивации. Таким образом, сестринская профессия может закрепиться как профессия наряду с другими смежными профессиями здравоохранения, включая медицину.

Путь к расширению прав и возможностей медсестер был ограничен традиционным доминированием мужчин в медицине и последующей разработкой медицинской модели. До тех пор, пока сестринское дело остается подчиненным медицине, ритуальная, *бездумная* практика будет продолжать жить своей долгой и счастливой жизнью.

«... чтобы быть хорошей медсестрой, много ума не нужно...» Kitson (1993)

Эта фраза была подслушана известным теоретиком во время разговора медицинских сестёр. Именно такое отношение, как правило, увековечивает общепринятый стереотипный образ медсестры как бездумной и покорной служанки врача. Сестринская профессия сегодня пытается отказаться от исторического представления о себе как о бедной сестре медицины. Применение теории на практике помогает активно продвигать имидж медсестры как самостоятельного специалиста, в то же время признавая его / ее роль равного и ценного члена многопрофильной команды.

Теория расширения прав и возможностей медсестер гарантирует, что медсестры больше не занимают подчиненное положение по отношению к медицине. Сестринская профессия снова становится достоянием медсестер как уникальное и специализированное подразделение. В рамках своей лекции в память о Хендерсоне Кларк рассказала о своей интерпретации сущности сестринского дела:

Сестринское дело никогда не будет набором задач, которые любой человек с небольшой подготовкой может выполнять на приемлемом уровне компетентности... это гораздо, гораздо больше. Сестринское дело - это интеллектуальная деятельность, поскольку она включает в себя принятие клинических решений - диагностических и терапевтических решений, принимаемых на основе наилучших и самых современных имеющихся знаний.

О роли моделей сестринского ухода

Практика сестринского дела никогда не бывает статичной, она подчиняется постоянно меняющимся потребностям пациентов. Вот почему так важно, чтобы уход за больными в будущем не основывался на мифах и традициях.

В такой среде, как эта, важную роль играют модели ухода за больными. Они заключают в себе суть сестринской работы и тем самым обеспечивают нам базовую структуру или философию, на которой основываются все наши действия. Модели ухода имеют большое значение для обеспечения сестринской практики теоретической основой, уникальной для сестринского дела. Как отмечает Оукли:

"Когда мы рассматриваем историю сестринского дела, мы не находим одинаковой взаимосвязи между тем, что делают медсестры или утверждают, что делают, с одной стороны, и лечебной моделью медицины - с другой. Истоки сестринского дела лежат в другой модели - модели здоровья и болезней, основанной на факторах окружающей среды. Oakley (1984)

Хендерсон (1966), Рой (1984), Орэм (1985), Ропер, Логан и Тирни (1983) выдвинули теоретические конструкции, отражающие их уникальные представления о сестринском деле, и, хотя существуют индивидуальные различия, есть общие для всех теоретиков вопросы: уход, ориентированный на пациента, целостный подход к детерминантам здоровья, терапевтическая роль медсестры (с функциями обучения, оказания помощи и поддержки). Таким образом, мы видим, что расширение прав и возможностей медсестер неразрывно связано с расширением прав и возможностей пациентов, пациенты рассматриваются как равные партнеры, что предполагает активное участие на протяжении всего процесса сестринского ухода, начиная с начальной стадии оценки и заканчивая планированием, внедрением и оценкой оказываемой помощи.

Нет никакого логического оправдания тому, чтобы регулярно заправлять в палатах постели каждое утро, готовя пациента и обстановку в палате к врачебному обходу.

Однако этому процессу присущи определенные недостатки, которые, как правило, умаляют его заявленные преимущества. Несмотря на акцент на индивидуальном, целостном уходе за пациентами, на практике с пациентами редко проводятся всесторонние консультации по составлению плана ухода, а при оказании услуг у постели больного часто серьезно пренебрегается приверженность сестринского профессии активному участию пациента в планировании ухода. Слишком часто бывает так, что день пациента организуется вокруг дня медсестер, который, в свою очередь, в конечном итоге планируется с учетом дня врача. Нет никакого логического оправдания тому, чтобы регулярно заправлять в палатах постели каждое утро, готовя пациента к врачебному обходу. Таким образом, защита интересов пациентов часто ставится под угрозу, поскольку медсестры остаются подчиненными, что соответствует роли, которую Найтингейл описала просто: *“помощники выполняющие предписания врача”* (Nightingale, 1881).

Медсестры должны сами снять завесу, которая сделала их невидимыми, и заставить всех увидеть и понять, насколько они важны на самом деле.

Осознавая вершину автономного профессионализма, медсестры по-прежнему должны будут работать в обстановке обмена знаниями и сотрудничества. Обладание базой знаний, уникальной для сестринского дела, способствует устранению любого дисбаланса в базах профессиональных знаний и имеет первостепенное значение для освобождения медсестры от ее угнетенного статуса в иерархических структурах, которые продолжают понижать сестринское дело сегодня. Только когда медсестры увидят, что их ценят другие, и при этом научатся ценить самих себя, они будут менее склонны к тому, чтобы цепляться за ритуалы и мифы, которые были переданы им по наследству. При этом уход за больными действительно станет прерогативой медсестер. Как комментирует Оукли: «Медсестры обязаны это сделать сами: снять завесу, которая сделала их невидимыми, и заставить всех увидеть и понять, насколько они важны на самом деле».

Новое тысячелетие должно стать захватывающим временем для сестринского дела. ...Применение теории на практике должно привести сестринскую профессию в новую эру – эру автономии и освобождения от оков подчинения прошлому.

Источник: Morgan, J. Why Does Nursing Practice Need theory? // Vol. 5:3, Autumn 1999

**НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ
«СПЕЦИАЛИСТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ»
2022, № 29**

E-mail: sp-zdrav2013@gmail.com

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