

2024, № 36

СПЕЦИАЛИСТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

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

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

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

Подопригора Г.М., к.м.н., доцент кафедры гериатрии, пропедевтики и управления в сестринской деятельности им. Э.С. Пушкивой ФГБОУ «СЗГМУ им. И.И. Мечникова»

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

Сафонова Ю. А., д.м.н, профессор кафедры гериатрии, пропедевтики и управления в сестринской деятельности им. Э.С. Пушкивой ФГБОУ «СЗГМУ им. И.И. Мечникова»

Петрова В.Б., к.м.н., доцент кафедры гериатрии, пропедевтики и управления в сестринской деятельности им. Э.С. Пушкивой ФГБОУ «СЗГМУ им. И.И. Мечникова»

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

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

ISSN 2413-6271

Учредитель:

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

Журнал выходит с 2013 г.

Спонсор выпуска –
ПРОО МР СПб

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

Адрес редакции:

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

Оригинал-макет –

Цуцунава М.Р.

Онлайн версия журнала

доступна на сайте ПРОО МРСР

amspiter.ru

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

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

ISSN 2413-6271
2024, № 36

СПЕЦИАЛИСТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ®

ПРОО МРСП

Каларашук А.В, Подопригора Г.М.

САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ МАЙСКИЙ ФОРУМ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР
«СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО, 21 ВЕК»3

ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Агеева Е.Е., Петрова А.И

ПРОБЛЕМЫ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У СОТРУДНИКОВ
ГОРОДСКОЙ СТАНЦИИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
САНКТ-ПЕТЕРБУРГА.....7

ОБЗОРЫ

Цуцунава М.Р., Аристидова С.Н.

ЭРГОНОМИКА. ОСНОВНЫЕ АСПЕКТЫ КОНЦЕПЦИИ.....15

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

КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ. ОСНОВНЫЕ
АСПЕКТЫ КОНЦЕПЦИИ.....23

ЭССЕ

Цуцунава М.Р.

КАТЕТЕРИЗАЦИЯ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ: ДЛЯ КОГО НАУЧНЫЕ ДАН-
НЫЕ? (СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ).....30

САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ МАЙСКИЙ ФОРУМ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР «СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО, 21 ВЕК»

Каларащук А.В., Подопригора Г.М.

13 – 14 мая состоялся III ЕЖЕГОДНЫЙ САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ МАЙСКИЙ ФОРУМ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР «СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО, 21 ВЕК», который организовала и провела Профессиональная региональная общественная организация «Медицинские работники Санкт-Петербурга» (далее – ПРОО МРСП).

Форум торжественно открыли: *Остапенко Вероника Михайловна*, д.м.н., начальник учебного управления, заведующий кафедрой инновационных технологий в медицине и образовании ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова; *Саркисова Валентина Антоновна*, президент Ассоциации медицинских сестер России; *Татьяна Васильевна Глазкова*, главный внештатный специалист по управлению сестринской деятельностью Министерства здравоохранения по Северо-Западному федеральному округу и Комитета по здравоохранению Ленинградской области, Президент РООЛО «ПАСССД»; *Подопригора Галина Михайловна*, президент ПРОО «МРСП», к.м.н., доцент кафедры гериатрии, пропедевтики и управления в сестринской деятельности им. Э.С. Пушкиной ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова.

В рамках торжественной части состоялось награждение лучших представителей профессии, приуроченное к Международному Дню медицинской сестры. Впервые по представлению Правления ПРОО МРСП медицинские сестры – члены ПРОО МРСП были награждены медалью общественного признания «Сестра милосердия Екатерина Бакунина». Для участия в этой церемонии специально из Твери приехал настоятель храма в честь Святителя Иоанна Архиепископа Сан-Францисского и Шанхайского г.Тверь, директор Благотворительного фонда «Имени сестры милосердия Екатерины Бакуниной» Манилов Роман Александрович.

За заслуги в области здравоохранения, добросовестный труд, большой вклад в развитие сестринского дела, общественного движения в г. Санкт-Петербурге и в связи с празднованием Международного Дня медицинской сестры 11 специалистов сестринского дела были награждены Медалью «Золотой фонд здравоохранения», почетными грамотами и благодарностями были отмечены 30 медицинских сестер.

Каларащук А.В. – главная медицинская сестра СПб ГБУЗ «Городская больница №28 «Максимилиановская»

Подопригора Г.М. – к.м.н., президент ПРОО «МРСП», к.м.н., доцент кафедры гериатрии, пропедевтики и управления в сестринской деятельности им. Э.С. Пушкиной ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова

На форуме рассматривались вопросы сестринской деятельности в современных условиях, обсуждались возможности и способы повышения квалификации медицинских сестер. Лейтмотивом Форума стал вопрос обеспечения качества сестринской помощи.

Рабочую программу открыл доклад «История становления сестринского дела в России», представленный Ганзиной А. Р., старшей медицинской сестрой дневного стационара СПб ГКБ «Городская психиатрическая больница №3 Скворцова-Степанова». В после-

дующих выступлениях ключевым словом было «качество» в практической деятельности и сестринском образовании:

«Управление качеством сестринской помощи в гериатрической практике» (докладчик - Власова Т. В., врач-методист отдела внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности ГБУЗ Самарской области «Тольяттинская городская клиническая поликлиника №3»). Докладчик рассказала об организации работы отдела внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности, который был организован для реализации прав граждан на получение безопасной медицинской помощи надлежащего качества. Вниманию присутствующих был представлен опыт оценки качества и безопасности медицинской деятельности среднего медицинского персонала в рамках санитарно-эпидемиологического, фармакологического режима, работа с документами на участках по иммунопрофилактике и диспансерному учету, а также опыт по предотвращению рисков возникновения инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи, используемые чек-листы и результаты;

Обсуждение темы «Управление качеством сестринской помощи в гериатрической практике» было продолжено в выступлении Лаптевой Е.С., к.м.н., доцента, зав. кафедрой гериатрии, пропедевтики и управления в сестринской деятельности им. Э.С. Пушкинковой ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова, главный внештатный гериатр СЗФО МЗРФ;

«Бактериальная контаминация смартфонов, спецодежды и обуви медицинского персонала как риск контактного механизма передачи инфекций» (докладчик - Сафрыгина И. В., медицинская сестра эндокринологического отделения СПб ГБУЗ «Городская больница Святого Великомученика Георгия»). В докладе были представлены результаты проведенного исследования на базе СПб ГБУЗ «Городская больница Св. Георгия» (2023 г.). Данные исследования предоставляют ценную информацию о состоянии микробиологической среды, влияют на эффективность применяемых гигиенических мер и санитарных процедур, а также способствуют более эффективному контролю распространения инфекций. Результаты данного исследования будут использоваться для повышения приверженности медицинского персонала к централизованной стирке в больнице и осознанного соблюдения санитарных правил и норм;

«Изменения в правовом регулировании аттестации медицинских работников» (докладчик - Каларащук А. В., главная медицинская сестра СПб ГБУЗ «Городская больница №28 «Максимилиановская»). В докладе рассматривались такие вопросы как цели и задачи аттестации медицинских работников, актуальные нормативно-правовые документы, которые регламентируют проведение аттестации, требования, предъявляемые к специалистам разных категорий, сроки прохождения аттестации на получение, повышение, подтверждение ранее присвоенной категории, критерии оценки отчета о деятельности медработника, способы подачи документов. Доклад вызвал оживленную реакцию и обсуждение, что говорит об актуальности затронутого вопроса;

«Внутренний контроль качества медицинской помощи и безопасность медицинской деятельности на уровне химиотерапевтического отделения» (докладчик - Зуева Ю. Н., старшая медицинская сестра химиотерапевтического отделения № 1 г. Самара). В докладе был представлен опыт организации сестринской работы и рассмотрены такие вопросы как виды химиотерапевтического лечения и особенности их введения, контроль качества проводимой лекарственной терапии, мониторинг движения химиопрепаратов от аптеки до конечного результата, статистика работы отделения, познакомила с опытом работы обучения медицинских сестер инновационным технологиям и опытом работы с программой маркировки и учета препаратов;

«Особенности выбора методов и средств инфекционной безопасности медицинской организации в условиях изменения санитарного законодательства» (докладчик – Рудейко И. В., врач-дезинфектолог высшей категории, врач-эпидемиолог);

«Качественная сестринская помощь. Возможности и перспективы» (докладчик – Купцова И.В., старшая медсестра СПб ГБУЗ «Городской гериатрический медико-социальный центр»);

«К вопросу о готовности сестринской профессии к внутреннему аудиту» (докладчик – Цуцунава М. Р., ассистент кафедры гериатрии, пропедевтики и управления в сестринской деятельности им. Э.С. Пушкиной ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова). Доклад вызвал активную реакцию собравшихся и бурное обсуждение.

В связи с большим количеством желающих поделиться своим опытом работы второй день форума проходил одновременно в двух залах. В первом зале была организована секция «Акушерство и детство», во втором - секция «Скорая и неотложная помощь». В рамках секции «Акушерство и детство» были обсуждены следующие вопросы:

«Организация и принципы оказания экстренной медицинской помощи беременной при внезапной остановке сердечной деятельности. Роль среднего медицинского персонала» (докладчик - Гаврищук Ю. Г., главная акушерка перинатального центра Клиники материнства и детства. Университетская клиника ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр им. В.А. Алмазова» МЗ РФ);

«Тенденции современного ухода и стратегия выхаживания недоношенных детей в отделении реанимации и интенсивной терапии новорожденных» (докладчик - Глазунова Я. А., медицинская сестра палатная (постовая) отделения реанимации и интенсивной терапии новорожденных Межрайонный перинатальный центр ГБУЗ Самарской области «Гольяттинская городская клиническая больница №5»);

«Роль акушерок в современных перинатальных технологиях в Самарском областном перинатальном центре» (докладчик - Кашкарева С. М., главная акушерка ГБУЗ «Самарская областная клиническая больница им. В.Д.Середавина» Перинатальный центр);

«Особенности забора венозной крови для лабораторной диагностики у новорожденных и недоношенных детей» (докладчик - Панченко Е. Е., старшая медицинская сестра отделения патологии новорожденных и недоношенных детей перинатального центра Клиники материнства и детства. Университетская клиника ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр им. В.А. Алмазова» МЗ РФ);

«Преимственность медицинской помощи в ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» МЗ РФ» (докладчик - Гопиенко Е. А., старшая медицинская сестра отделения детской кардиологии и медицинской реабилитации Детского лечебно-реабилитационного центра. Клиники материнства и детства. Университетская клиника ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр им. В.А. Алмазова» МЗ РФ);

«Роботизированная хирургия, направленная на высокотехнологичное лечение подрастающего поколения» (докладчик - Васильева А. В., главная медицинская сестра Детского лечебно-реабилитационного комплекса Клиники материнства и детства, Университетской клиники. ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр им. В.А. Алмазова» МЗ РФ);

«Организации трехуровневой системы медико-социальной помощи детям в трудной жизненной ситуации» (докладчик - Симакова И. А., медицинская сестра палатная педиатрического отделения №1 для новорожденных, в том числе недоношенных детей СПб ГБУЗ «Детская Городская больница №17 Святителя Николая Чудотворца»);

Кроме того, был представлен опыт организации системы патронажей (Ельцова К. Ю., участковая медсестра СПб ГБУЗ «Городская поликлиника №3» ДПО №5); обсуждены методы бережного развивающего ухода за новорожденными в условиях стационара и об особенностях сестринского ухода за новорожденными, рождёнными путем кесарева сечения (Симакова И. А. – медицинская сестра палатная педиатрического отделения №1 для новорожденных, в том числе недоношенных детей СПб ГБУЗ «Детская Городская больница №17 Святителя Николая Чудотворца»); Комлева О. Е., психолог СПб ГБУЗ «Городская поликлиника №3» ДПО №5, представила доклад «Опасные игры».

Секция «Скорая и неотложная помощь» прошла очень динамично и плодотворно. Старший фельдшер ОСМП «Городская поликлиника №17» Красногвардейского района Разова Е. В. поделилась с присутствующими опытом организации работы бригад скорой медицинской помощи в условиях пандемии COVID – 19. Доклад Дегтярёва О.А., старший фельдшер Советской подстанции ГБУЗ «Самарская СМП», поведал об организации работы скорой медицинской помощи при ДТП с большим количеством пострадавших. Заблоцкий Д. Л., фельдшер ОСМП «Городская поликлиника №17» Красногвардейского района, в своем докладе затронул тему оказания медицинской помощи на догоспитальном этапе при травмах опорно-двигательного аппарата.

Узун Е. А., фельдшер ОСМП «Городская поликлиника №17» Красногвардейского района, представила доклад «Ишемия тканей конечностей при наложении кровоостанавливающего жгута». Девяткина Д. В., медсестра-анестезист, и Кондратьев С. Д., палатный медбрат из СПб ГБУЗ «Клиническая больница Святителя Луки», рассказали о действиях среднего медицинского персонала при возникновении неотложных состояний в отделении до прибытия реанимационной бригады.

Хилов А. С., фельдшер паллиативной службы «Городская поликлиника №17» Красногвардейского района, выступил с докладом «Принципы оказания неотложной помощи».

Нудьга Д. А., медбрат-анестезист из СПб ГБУЗ «Клиническая больница Святителя Луки», рассказал об особенностях проведения гемотрансфузий в условиях профилирующих отделений стационара средним медицинским персоналом. Завершила работу секции Крылова Ольга, менеджер компании «Би-Браун», которая рассказала о применении универсального современного антисептика при оказании любого вида медицинской помощи.



Хилов А. С., фельдшер паллиативной службы «Городская поликлиника №17» Красногвардейского района, выступил с докладом «Принципы оказания неотложной помощи».

Форум – это та площадка, где можно встретить коллег-единомышленников, неравнодушных к своему делу, поделиться передовым опытом, обсудить актуальные вопросы, найти решения, узнать об участии медицинских сестер в научных исследованиях, инициировать проекты с участием представителей профессии из разных регионов нашей страны. Проведение таких мероприятий однозначно способствует усилению профессионального эгрегора, аккумулирующего передовой сестринский опыт со знаком «качество».

Исторически важной инициативой в рамках данного форума, который проводился в год, когда отмечается юбилей – 170-летие со дня открытия Крестовоздвиженской общины сестер милосердия - стало предложение о лоббировании перед Министерством здравоохранения учреждения «Дня медицинской сестры России» и его празднования 31 августа – в день рождения Екатерины Бакуниной.

ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

ПРОБЛЕМЫ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У СОТРУДНИКОВ ГОРОДСКОЙ СТАНЦИИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА

Агеева Е.Е., Петрова А.И.

ФГБОУ «СЗ ГМУ им. И.И.Мечникова»

Аннотация

Занятость в трудовой деятельности занимает значительную часть времени жизни любого человека и неразрывно связана с сильными эмоциональными нагрузками, которые часто приводят к такому явлению как синдром эмоционального выгорания. Одной из самых уязвимых категорий являются сотрудники скорой медицинской помощи, которых относят к специалистам экстремального профиля медицинской деятельности, сопровождающейся множеством стрессогенных факторов и проявлением синдрома эмоционального выгорания.

Цель исследования: изучить особенности и определить интенсивность проявления синдрома эмоционального выгорания у сотрудников городской станции скорой медицинской помощи и предложить рекомендации по организации работы станции для снижения проявления синдрома у сотрудников.

Материалы и методы исследования: исследование при участии 59 медицинских сотрудников скорой помощи: врачей, фельдшеров, медицинских сестер и медицинских братьев в возрасте от 21 до 65 лет. На первом этапе с помощью онлайн-сервиса Google Forms разработана специальная анкета, в которой респонденты ответили на 84 вопроса теста В.В. Бойко. На втором этапе проведен корреляционный анализ, где с помощью коэффициента Пирсона была определена степень связи между отдельными симптомами синдрома эмоционального выгорания и стажем, нормативно, сверхурочно отработанными часами в месяц как факторами развития синдрома у сотрудников станции.

Результаты исследования: Доминирующими симптомами у сотрудников скорой помощи являются неадекватное избирательное реагирование, редукция профессиональных обязанностей, расширение сферы экономии эмоций; наблюдается течение всех фаз эмоционального выгорания. Наибольшее число респондентов (64%) находится в фазе «Резистенция», 46% сотрудников - в фазе «Истощение» и 20% - в начальной фазе «Напряжение».

Проведенный корреляционный анализ показал, что при увеличении рабочих часов нарастает проявление симптомов синдрома эмоционального выгорания. При этом статистически значимой является связь между рабочей нагрузкой и симптомами синдрома эмоционального выгорания в фазах напряжения и истощения. Такие показания соотносятся и с результатами проведенного тестирования, показавшего, что большинство сотрудников находится в фазе резистенции. Наибольшее значение имеют коэффициенты корреляции между рабочей нагрузкой и симптомами фазы истощения

Выводы: Сотрудники скорой помощи нуждаются в психологической помощи для снижения проявления симптомов синдрома эмоционального выгорания, восстановления их работоспособности и сохранения ментального и физического здоровья. Необходимо проведение регулярной диагностики и выявления факторов проявления СЭВ у сотрудников, дебрифингов или обсуждений стрессовых ситуаций, внедрение медитаций и техник релаксации, нормализация режима сна и отдыха и др.

Ключевые слова: эмоциональное выгорание, работники скорой помощи, эмоциональные нагрузки, сестринское исследование

Сотрудников скорой медицинской помощи относят к специалистам экстремального профиля медицинской деятельности, которая сопровождается множеством стрессогенных факторов и проявлением синдрома эмоционального выгорания (далее – СЭВ). В первую очередь стоит отметить наличие нестабильной системы организации работы станции скорой помощи. Многочасовой характер работы, высокая нагрузка, часто превышающая нормативы занятости, нестабильность рабочего графика, дефицит качественного оборудования и медикаментов снижают интерес к работе, появляется недовольство, отрицание, которые часто выливаются в конфликты с руководством и друг другом [1].

Сотрудники вынуждены принимать решения и действовать в условиях лимита и дефицита времени. При этом мобилизуются внутренние резервы человека, приводится в действие ряд механизмов, призванных обеспечить преодоление возникающих трудностей и происходит перестройка способа деятельности. Это приводит к перенапряжению нервной системы, «срывам», ухудшению состояния здоровья сотрудников скорой медицинской помощи [9].

Врачи и фельдшеры вынуждены оказывать медицинскую помощь в незнакомых, часто в неудобных условиях. Им необходимо учитывать все особенности ситуации, а также уделять внимание и отвечать на вопросы случайным прохожим и родственникам больного, одновременно оценивая состояние его здоровья. Дополнительные эмоциональные требования добавляет работа, связанная с госпитализацией, транспортировкой пациента, психоэмоциональные последствия от которой могут оставлять сильное истощающее воздействие [6]. Часто при оказании скорой медицинской помощи сотрудники сталкиваются не только с заболеваниями, но и психосоциальными проблемами людей, например, при общении с пожилыми людьми или людьми в алкогольном, наркотическом опьянении [11, с. 111].

Сложным эмоциональным фактом является ежедневная борьба за жизнь людей, которая часто граничит со смертью. Случаи, когда все проведенные реанимационные мероприятия не могут спасти жизнь пациента, наступает смерть прямо в машине скорой помощи – это тяжелый эмоциональный удар для любого профессионала, страх, тревога, ощущение того, что ты не смог психологически давить и заставляет невольно оценивать свой труд иначе [7]. Во время выполнения вызова сотрудники городской станции скорой помощи могут столкнуться с любой неожиданной патологией. Им важно и необходимо обладать широким кругозором, иметь знания из разных областей медицины, быстро ориентироваться в сложных ситуациях, сохраняя хладнокровие и рассудок [4, с. 418].

В настоящее время возросло количество различных внештатных и экстремальных ситуаций, которые требуют незамедлительных и четко скоординированных решений сотрудников скорой медицинской помощи, а также умения спрогнозировать, предвосхитить последствия принятого решения. Любой неправильный шаг может повлечь непредвиденные последствия, привести к невозможности оказания полного и необходимого объема помощи пациентам и пострадавшим. Такие экстремальные условия оказывают глубокое влияние на психику и действия персонала скорой медицинской помощи [2, с. 292].

Кроме того, деятельность сотрудников скорой медицинской помощи протекает в условиях достаточно высокой угрозы для жизни, степени риска погибнуть в результате аварий и несчастных случаев. Экстремальными факторами являются монотонность и постоянная психическая напряженность сотрудников, исходящие из непрерывной готовности выезда на место происшествия. Это рассогласование ритма сна и бодрствования во время дежурств. В организме происходит сбой эндогенных и экзогенных ритмов, что ведет к астенизации нервной системы и развитию неврозов. Нарушение ритма труда и отдыха может приводить к соматическим заболеваниям: гипертонии, ишемической болезни сердца, гастриту и др. [5, с. 1034].

Обозначенные условия осуществления профессиональной деятельности сотрудников скорой медицинской помощи являются предпосылкой к развитию СЭВ. В научной литературе представлено множество исследований, посвященных изучению СЭВ у сотрудников станций скорой медицинской помощи (М.Д. Петраш, Н.Е. Ширинская, М.В. Корехова, Н.Н. Биктина, Е.Е. Рогова и др.).

СЭВ у сотрудников станций скорой медицинской помощи может протекать в скрытой и открытой форме, а также проявляться через множество симптомов. При этом часто эмоциональные и психические проявления: раздраженность, отрицание действительности, апатия, снижение эмоционального интеллекта тут же влекут за собой физические изменения: обострение хронических заболеваний, ухудшение здоровья, бессонницу, одышку и др. [1] Помимо того, что все исследователи однозначно получают высокие показатели проявления СЭВ у сотрудников скорой медицинской помощи, специалисты отмечают последствия этого влияния: ухудшается качество выполнения работы, утрачивается творческий подход к решению задач, возрастает количество профессиональных ошибок, увеличивается число конфликтов на работе и дома, что нередко приводит к переходу на другую работу или смене профессии.

У большинства сотрудников станций скорой медицинской помощи выражена реакция сопротивления нарастающему стрессу. Они стремятся к психологическому комфорту и поэтому стараются снизить давление внешних обстоятельств, однако справиться самостоятельно с СЭВ может лишь малая часть людей, многие из них не осознают, что они подвержены этому заболеванию и нуждаются в помощи со стороны психологов и иных сторонних специалистов [7, с. 425].

Цель исследования – изучить особенности проявления синдрома эмоционального выгорания у сотрудников городской станции скорой медицинской помощи.

На этапе подбора методики диагностики СЭВ у сотрудников городской станции скорой медицинской помощи (далее – ГССМП) выбор пал на знаменитую методику диагностики эмоционального выгорания личности, разработанную В.В. Бойко. Данная методика многократно апробирована исследователями среди разных социальных групп людей, в том числе различающихся профессиональным видом деятельности, а также позволяет осуществить комплексное исследование, проследив динамику складывающихся симптомов и фаз СЭВ у сотрудников.

Исследование проводилось на базе городской станции скорой медицинской помощи г. Санкт-Петербург при участии 59 медицинских сотрудников: врачей, фельдшеров, медицинских сестер и медицинских братьев.

Была создана специальная Google Forms, в которой респонденты ответили на 84 вопроса предложенного им теста В.В. Бойко [48, с. 394-399].

Ответы респондентов оценивались в баллах согласно ключу с трех позиций:

- 1) балльная оценка ответа на каждый вопрос (0-10 баллов);
- 2) подсчет суммы баллов по каждому симптому СЭВ внутри фазы;
- 3) подсчет суммы баллов для каждой фазы СЭВ.

Ключ к тесту показывает, что показатель выраженности каждого симптома колеблется от 0 до 30 баллов. Сумма баллов указывает на сформированность каждого симптома:

- 9 и менее баллов: симптом отсутствует;
- 10-15 баллов: зачатки симптома;
- 16-20 баллов: наличие симптома;
- более 20 баллов: доминирование симптома.

Далее был произведен подсчет суммы баллов для каждой фазы СЭВ, который показывает:

- 36 и менее баллов: фаза не начала формироваться;
- 37-60 баллов: фаза начала формироваться;
- 61 и более баллов: фаза сформировалась.

На основании проведенной психодиагностики были получены количественные и качественные результаты, позволяющие судить как о сформированности и влиянии отдельных симптомов СЭВ, так и о течении фаз. Такая информация очень важна для проведения дальнейшей работы по профилактике и снижению проявления синдрома у сотрудников ГССМП г. Санкт-Петербург.

ФАЗЫ И ОСОБЕННОСТИ ПРОЯВЛЕНИЯ СЭВ У СОТРУДНИКОВ ГССМП

Симптомы СЭВ у людей любых профессий часто скрыты и никак не проявляются внешне, однако все они формируются постепенно и для их купирования важно проследить, какие именно симптомы уже сформировались, а какие еще только начинают проявляться.

Согласно тесту В.В. Бойко, симптомами СЭВ являются: переживание психотравмирующих ситуаций; неудовлетворенность собой; «загнанность в клетку»; тревога и депрессия; неадекватное избирательное эмоциональное реагирование; эмоционально-нравственная дезориентация; расширение сферы экономии эмоций; редукция профессиональных обязанностей; эмоциональный дефицит; эмоциональная отстраненность; личностная отстраненность; психосоматические и психовегетативные нарушения.

Анкетирование показало, какие симптомы не проявляются, какие только начинают зарождаться и какие уже сформировались и являются доминирующими.

Переживание психотравмирующих обстоятельств: у 23% сотрудников ГССМП г. Санкт-Петербург переживание психотравмирующих обстоятельств отсутствует, у 34% сотрудников симптом только начинает зарождаться, у 40% сотрудников симптом сформировался и у 3% доминирует. Следовательно, у большинства респондентов прослеживается явное наличие или зачатки переживания психотравмирующих обстоятельств.

Неудовлетворенность собой: У 56% сотрудников ГССМП г. Санкт-Петербург неудовлетворенности собой отсутствует, у 27% сотрудников симптом начинает зарождаться, только у 10% сотрудников симптом сформировался и у 7% доминирует. Следовательно, у большинства респондентов прослеживается отсутствие и зарождение неудовлетворенности собой.

«Загнанность в клетку»: у 52% сотрудников ГССМП г. Санкт-Петербурга «загнанность в клетку» отсутствует, у 34% сотрудников симптом начинает зарождаться, только у 14% сотрудников симптом сформировался и ни у кого не доминирует. Следовательно, у большинства респондентов прослеживается отсутствие и зарождение симптома «загнанность в клетку».

Тревога и депрессия: у 51% сотрудников городской станции скорой медицинской помощи города Санкт-Петербурга тревога и депрессия отсутствуют, у 20% сотрудников симптом начинает зарождаться, только у 10% сотрудников симптом сформировался и у 19% доминирует. Следовательно, у большинства респондентов прослеживается отсутствие и зарождение тревоги и депрессии.

Неадекватное избирательное реагирование: у 6% сотрудников городской станции скорой медицинской помощи города Санкт-Петербурга неадекватное избирательное реагирование отсутствует, у 31% сотрудников симптом начинает зарождаться, также у 32% сотрудников симптом уже сформировался и у 31% доминирует. Следовательно, у большинства респондентов прослеживается явное наличие и доминирование неадекватного избирательного реагирования.

Эмоционально-нравственная дезориентация: У 23% сотрудников городской станции скорой медицинской помощи города Санкт-Петербурга эмоционально-нравственная дезориентация отсутствует, у 46% сотрудников симптом начинает зарождаться, также у 31% сотрудников симптом уже сформировался и ни у кого не доминирует. Следовательно, у большинства респондентов прослеживается явное наличие и зарождение эмоционально-нравственной дезориентации.

Расширение сферы экономии эмоций: у 31% сотрудников ГССМП г. Санкт-Петербург расширение сферы экономии эмоций отсутствует, у 20% сотрудников симптом начинает за-

рождаться, также у 12% сотрудников симптом уже сформировался и у 37% доминирует. Следовательно, у большинства респондентов прослеживается полярное отсутствие или доминирование расширение сферы экономии эмоций.

Редукция профессиональных обязанностей: у 14% сотрудников ГССМП г. Санкт-Петербург редукция профессиональных обязанностей отсутствует, у 20% сотрудников симптом начинает зарождаться, также у 20% сотрудников симптом уже сформировался и у 46% доминирует. Следовательно, у большинства респондентов прослеживается явное наличие и доминирование редукции профессиональных обязанностей.

Эмоциональный дефицит: у 29% сотрудников ГССМП г. Санкт-Петербург эмоциональный дефицит отсутствует, у 31% сотрудников симптом начинает зарождаться, у 22% сотрудников симптом уже сформировался и у 18% доминирует. Следовательно, у большинства респондентов прослеживается отсутствие и зарождение эмоционального дефицита.

Эмоциональная отстраненность: у 10% респондентов эмоциональная отстраненность отсутствует, у 34% сотрудников симптом начинает зарождаться, у 27% сотрудников симптом уже сформировался и у 29% доминирует. Следовательно, у большинства респондентов прослеживается явное наличие, зарождение и доминирование эмоциональной отстраненности.

Личностная отстраненность: у 32% респондентов личностная отстраненность отсутствует, у 20% сотрудников симптом начинает зарождаться, у 19% сотрудников симптом уже сформировался и у 7% доминирует. Следовательно, у большинства респондентов прослеживается отсутствие и зарождение личностной отстраненности.

Психосоматические и психовегетативные нарушения: У 36% респондентов психосоматические и психовегетативные нарушения отсутствуют, у 36% сотрудников симптом начинает зарождаться, у 11% сотрудников симптом уже сформировался и у 17% доминирует. Следовательно, у большинства респондентов прослеживается отсутствие и зарождение психосоматических и психовегетативных нарушений.

Таким образом, у большинства сотрудников ГССМП г. Санкт-Петербург отсутствуют симптомы: «загнанность в клетку», неудовлетворенность собой, тревога и депрессия, личностная отстраненность. Явно проявляются или находятся в зачаточном состоянии симптомы: переживание психотравмирующих обстоятельств, эмоционально-нравственный дефицит, эмоциональная отстраненность, психосоматические и психовегетативные нарушения. Доминируют симптомы: неадекватное избирательное реагирование, редукция профессиональных обязанностей, расширение сферы экономии эмоций. Такое распределение указывает на то, что многие симптомы только начинают зарождаться, и значит могут быть купированы в ходе психокоррекционных мероприятий, а проявление сформировавшихся и доминирующих симптомов значительно снижено.

Далее был произведен подсчет суммы баллов по каждому симптому для определения фаз СЭВ у сотрудников ГССМП г. Санкт-Петербург.

Фаза «Напряжение»: у 41% респондентов фаза «Напряжение» не начала формироваться, 39% фаза начала свое формирование и 20% фаза сформировалась.

Фаза «Резистенция»: у 14% респондентов фаза «Резистенция» не начала формироваться, 22% фаза начала свое формирование и 64% фаза сформировалась.

Фаза «Истощение»: у 22% респондентов фаза «Истощение» не начала формироваться, 32% фаза начала свое формирование и 46% фаза сформировалась.

У сотрудников ГССМП г. Санкт-Петербург наблюдается течение всех фаз эмоционального выгорания. Однако, наибольшее число респондентов находится в фазе «Резистенция», она сформирована у 64% сотрудников, 46% сотрудников находятся в фазе «Истощение» и 20% - в начальной фазе «Напряжение». Процентное соотношение также свидетельствует о том, что симптомы напряжения у большинства сотрудников скорой помощи уже прошли, а симптомы резистенции и истощения нарастают, а значит и СЭВ получает свое развитие. Мы приходим к выводу, что факторы осуществления профессиональной деятельности в условиях ГССМП

г. Санкт-Петербург оказывают значительное влияние на развитие СЭВ у сотрудников. Такими значительными факторами могут являться стаж работы, количество нормативно и сверхурочно отработанных часов в месяц. Результаты сравнительного и корреляционного исследования представлены ниже.

КОРРЕЛЯЦИОННЫЙ АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРОЯВЛЕНИЯ СЭВ У СОТРУДНИКОВ ГССМП В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТАЖА И ОТРАБОТАННЫХ ЧАСОВ В МЕСЯЦ

Цель корреляционного анализа – определить степень и характер связи между отдельными симптомами синдрома эмоционального выгорания и стажем, нормативно, сверхурочно отработанными часами в месяц у сотрудников ГССМП г. Санкт-Петербург.

Большинство медицинских исследований при проведении корреляционного анализа опирается на самые известные статистические параметрические методы и осуществляют расчет коэффициента корреляции Пирсона или Спирмена. К условиям нашего исследования наиболее подходит коэффициент корреляции Пирсона, позволяющий проследить линейную связь между двумя количественными показателями, а также оценить степень и характер их взаимодействия. Коэффициент Пирсона дает ответ на вопрос, изменяется ли один параметр при увеличении или уменьшении другого параметра. В нашем случае такими количественными параметрами выступили:

- балльная оценка выраженности симптомов СЭВ;
- стаж работы сотрудников ГССМП г. Санкт-Петербург;
- количество нормативно, сверхурочно отработанных часов в месяц сотрудниками ГССМП г. Санкт-Петербурга.

Соответственно, мы последовательно проследили связь между стажем и симптомами СЭВ, а затем между нормативно, сверхурочно отработанными часами в месяц и симптомами СЭВ у сотрудников ГССМП г. Санкт-Петербург.

В своей работе мы применили формулу:

$$R_{xy} = \frac{\sum (x * y)}{\sqrt{(\sum x^2 * \sum y^2)}}$$

где:

x – балльная оценка выраженности отдельных симптомов СЭВ;

y – стаж работы / количество нормативно, сверхурочно отработанных часов в месяц сотрудниками ГССМП г. Санкт-Петербург.

Расчет коэффициента корреляции осуществлялся автоматически с помощью встроенной функции в программе Microsoft Excel. Значения оценивались согласно шкале: от 0 до ± 1 . Результаты проведенного корреляционного анализа представлены ниже.

Корреляционный анализ показателей проявления СЭВ у сотрудников ГССМП в зависимости от стажа и нормативно, сверхурочно отработанных часов в месяц

Для получения наиболее полной и открытой картины взаимосвязи показателей проявления СЭВ у сотрудников ГССМП в зависимости от стажа и нормативно, сверхурочно отработанных часов нами были рассчитаны коэффициенты корреляции по каждому симптому. Представим последовательно полученные результаты.

Коэффициенты корреляции между стажем и симптомами СЭВ:

Фаза «Напряжение»:	
$R_{xy} = 0,066294817$	(переживание психотравмирующих ситуаций)
$R_{xy} = -0,057572251$	(неудовлетворенность собой)
$R_{xy} = -0,020449399$	(«загнанность в клетку»)
$R_{xy} = 0,112306822$	(тревога и депрессия)

Фаза «Резистенция»:	
$R_{xy} = 0,172258878$	(неадекватное избирательное эмоциональное реагирование)
$R_{xy} = -0,167160199$	(эмоционально-нравственная дезориентация)
$R_{xy} = -0,021928378$	(расширение сферы экономии эмоций)
$R_{xy} = 0,097601362$	(редукция профессиональных обязанностей)
Фаза «Истощение»:	
$R_{xy} = 0,115906946$	(эмоциональный дефицит)
$R_{xy} = 0,090130213$	(эмоциональная отстраненность)
$R_{xy} = 0,0001577126$	(личностная отстраненность)
$R_{xy} = 0,038426388$	(психосоматические и психовегетативные нарушения)

Мы видим, что у части симптомов СЭВ прослеживается прямая связь со стажем (например, у тревоги и депрессии или эмоциональной отстраненности), а у части обратная связь (например, у «загнанности в клетку» или расширения сферы экономии эмоций). Это говорит о том, что при увеличении стажа работы некоторые симптомы СЭВ вероятно, также могут нарастать. Однако, все полученные нами коэффициенты корреляции менее 0,3, то есть сила связи между показателями проявления СЭВ и стажем слабая и статистически не значимая, что указывает на невозможность утверждения прямой взаимосвязи между стажем и СЭВ у сотрудников ГССМП г. Санкт-Петербург.

Коэффициенты корреляции между нормативно, сверхурочно отработанными часами и симптомами СЭВ:

Фаза «Напряжение»:	
$R_{xy} = 0,258954889$	(переживание психотравмирующих ситуаций)
$R_{xy} = 0,277514759$	(неудовлетворенность собой)
$R_{xy} = 0,384504056$	(«загнанность в клетку»)
$R_{xy} = 0,197964476$	(тревога и депрессия)
Фаза «Резистенция»:	
$R_{xy} = 0,275223528$	(неадекватное избирательное эмоциональное реагирование)
$R_{xy} = 0,200055519$	(эмоционально-нравственная дезориентация)
$R_{xy} = 0,113435296$	(расширение сферы экономии эмоций)
$R_{xy} = 0,215357141$	(редукция профессиональных обязанностей)
Фаза «Истощение»:	
$R_{xy} = 0,306366996$	(эмоциональный дефицит)
$R_{xy} = 0,296832983$	(эмоциональная отстраненность)
$R_{xy} = 0,441040821$	(личностная отстраненность)
$R_{xy} = 0,298541034$	(психосоматические и психовегетативные нарушения)

В данном случае мы видим более четкую картину связи, которая абсолютно в каждом случае прямая, то есть при увеличении нагрузки нарастает проявление симптомов СЭВ. Однако, полученные нами коэффициенты корреляции имеют разные значения и попадают в разные параметры шкалы:

- менее 0,3 (тревога и депрессия, эмоционально-нравственная дезориентация, расширение сферы экономии эмоций, редукция профессиональных обязанностей);

- от 0,3 до 0,5 (переживание психотравмирующих ситуаций, неудовлетворенность собой, («загнанность в клетку», неадекватное избирательное эмоциональное реагирование, эмоциональный дефицит, эмоциональная отстраненность, личностная отстраненность, психосоматические и психовегетативные нарушения).

В первом случае мы наблюдаем прямую, но слабую связь между рабочей нагрузкой и симптомами СЭВ, а во втором случае – прямую, умеренную связь. Это значит, что мы можем утверждать, что при увеличении рабочих часов у сотрудников ГССМП нарастает проявление симптомов СЭВ. При этом статистически значимой является связь между рабочей нагрузкой и симптомами СЭВ в фазах напряжения и истощения. Такие показания соотносятся и с результатами проведенного тестирования, показавшего, что большинство сотрудников находится в фазе резистенции, то есть ее симптомы уже ярко выражены и не зависят от нормативно, сверхурочно отработанных часов, а вот коэффициенты корреляции между рабочей нагрузкой и симптомами фазы истощения имеют наибольшее значение, что свидетельствует об усилении зависимости проявления СЭВ от нормативно, сверхурочно отработанных часов.

Список использованной литературы

1. Актерьян И.А. Исследование синдрома эмоционального выгорания у сотрудников бригад скорой помощи как проблема психологии / И.А. Актерьян. URL: <https://ropkip.ru/publication/279119> (дата обращения: 10.02.2024).
2. Алешичев Г.А., Кваснина Е.А., Семакина Н.В. Эмоциональное выгорание работников скорой медицинской помощи города Кирова / Г.А. Алешичев, Е.А. Кваснина, Н.В. Семакина // Новые вызовы новой науки: опыт теоретического и эмпирического анализа: сборник статей V Международной научной научно-практической конференции. – Петрозаводск: Международный центр научного партнерства «Новая наука», 2023. – С. 291-299.
3. Биктина Н.Н. Эмоциональное выгорание у сотрудников станции скорой помощи / Н.Н. Биктина. URL: http://elib.osu.ru/bitstream/123456789/4847/1/elibrary_28977275_87178628.pdf (дата обращения: 10.02.2024).
4. Корехова М.В., Новикова И.А., Соловьев А.Г. Профессиональный стресс в деятельности фельдшеров скорой медицинской помощи / М.В. Корехова, И.А. Новикова, А.Г. Соловьев // Медицина труда и промышленная экология. – 2019. – № 59 (7). – С. 417-423.
5. Панков В.А., Лахман О.Л. и соавт. Эмоциональное выгорание у медицинских работников в условиях работы в экстремальных условиях / В.А. Панков, О.Л. Лахман, В.С. Рукавишников // Гигиена и санитария. – 2020. – № 10. – С. 1034-1041.
6. Петраш М.Д., Бойков А.А. Ежедневные стрессоры в профессиональной деятельности сотрудников скорой медицинской помощи: построение опросника и его валидизация / М.Д. Петраш, А.А. Бойков // Мир науки. Педагогика и психология. 2020. № 5. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/ezhednevnye-stressory-v-professionalnoy-deyatelnosti-sotrudnikov-skoroy-meditsinskoj-pomoschi-postroenie-oprosnika-i-ego> (дата обращения: 10.02.2024).
7. Продовигова А.Г., Тендряков К.Д. Синдром эмоционального выгорания, жизнестойкость и смысложизненные ориентации работников сферы здравоохранения / А.Г. Продовигова, К.Д. Тендряков // Социальные и гуманитарные науки. Теория и практика. – 2020. – № 1 (4). – С. 424-440.
8. Рогова Е.Е. Взаимосвязь одиночества и эмоционального выгорания у сотрудников скорой медицинской помощи / Е.Е. Рогова // Мир науки. Педагогика и психология. – 2020. – № 6. – С. 2-8.
9. Федоровцева С.С., Ковярова В.А. Эмоциональное выгорание среди представителей профессиональной группы медицинские работники / С.С. Федоровцева, В.А. Ковярова // Вестник Таганрогского университета им. А.П. Чехова. – 2021. – № 1. – С. 91-97.
10. Чердымова Е.И. Синдром эмоционального выгорания специалиста: монография / Е.И. Чердымова, Е.Л. Чернышова, В.Я. Мачнев. – Самара: Изд-во Самарского университета, 2019. – 124 с.
11. Шумилов С.П., Шумилова Е.А. и соавт. Синдром эмоционального выгорания у медицинских работников / С.П. Шумилов и др. // Северный регион: наука, образование, культура. – 2023. – № 1 (53). – С. 61-73.

ЭРГОНОМИКА. ОСНОВНЫЕ АСПЕКТЫ КОНЦЕПЦИИ

Цуцунава М.Р., Аристидова С.Н.

ФГБОУ «СЗГМУ им. И.И. Мечникова»

Аннотация

Профессиональные заболевания медицинских работников связаны отчасти с вопросами эргономики.

Цель: установить факт связи определенных профессиональных заболеваний с эргономикой, а также описать вмешательства, дизайн которых способствует профилактике, в частности, проблем с позвоночником у медицинских сестер

Методы: анализ тематической литературы на платформе Pubmed и Киберленинка

Результаты: Основной проблемой у медицинских сестер остается боль в спине. Более трети травм спины у медицинских сестер связаны с отсутствием механизированных устройств и, главным образом, ручным трудом при уходе за пациентами. Медицинские сестры не соблюдают правил биомеханики тела или делают это от случая к случаю, около трети перемещают пациентов в одиночку, подвергая позвоночник высоким нагрузкам.

Выводы: чтобы сократить число травм, связанных с ручным трудом, характерным для сестринского ухода за пациентами, работодатели должны обеспечить подъемные приспособления; проектировать рабочие места таким образом, чтобы свести к минимуму необходимость подвергать позвоночник таким его изменениям как скручивание и сгибание, обеспечивать адекватный персонал в помощь в подъеме пациентов. Кроме того, рабочие смены должны планироваться на основе эргономических критериев, которые защищают психофизическую целостность и социальное благополучие работников

Ключевые слова: эргономика, сестринский уход, ручной труд, сменная работа, сменный график, ночная работа

Одной из приоритетных социально-экономических задач в стране является формирование здоровьесберегающей «атмосферы» на производстве и в социуме, позволяющей людям активно совершенствоваться и креативно реализоваться в трудовой деятельности, а, главное, – сохранять здоровье. Данный вопрос актуален и для системы здравоохранения и ее работников.

Сам процесс оказания помощи пациентам предполагает эффективное функционирование организма медицинского работника на физиологическом и психофизиологическом уровнях. Однако в силу особенностей своей профессиональной деятельности медицинский работник испытывает постоянное воздействие разных факторов физической, химической и биологической природы, а его отдельные органы и системы, в первую очередь - опорно-двигательный аппарат, подвергаются функциональному перенапряжению. Отдельные виды выполняемой работы медсестры, несмотря на технический прогресс, сопряжены с вынужденной позой, частыми наклонами и сгибанием туловища, требуемыми при перемещении /подъеме пациентов, передвижении тяжелого оборудования и переносом тяжестей, что вызывает перенапряжение мышц спины и усиленную нагрузку на позвоночник и может стать причиной развития определенных заболеваний позвоночника.

Как показал один из систематических обзоров, наиболее подверженными воздействию являются поясница, шея, плечо и рука/запястье медицинского работника. Самую высокую распространенность заболеваний опорно-двигательного аппарата в нижней части спины (>60%), плечах и верхних конечностях (35-55%) продемонстрировали хирурги и стоматологи. Самая высокая распространенность заболеваний опорно-двигательного аппарата в нижних конечностях была обнаружена у медсестер (>25%). Основными причинами, о которых сообщили все медицинские работники, были сохранение и повторение неудобных поз [16].

Основной проблемой у медицинских сестер остается боль в спине. Анализ более 80 исследований, проведенных в ряде стран, показал, что травма спины у медсестер в целом составляет приблизительно 17%, ежегодная острая форма проявляется у 40-50%, хроническая форма заболевания/инвалидность – у 35 – 80% [14]. Боль в спине уступает только простуде как наиболее частой причины больничных [18].

Более трети травм спины у медицинских сестер связаны с ручным трудом при уходе за пациентами и частотой, с которой медицинским сестрам приходится вручную перемещать пациентов [23]. При этом, как показало исследование Retsas A, Pinikahana J., число травм среди медицинских сестер ОИТ, связанных с обращением вручную, может быть неприемлемо высоким (52,2%), как и травмы спины (71,4% всех травм) [21]. Свою точку зрения в отношении ручного перемещения пациентов высказала Американская ассоциация медсестер, указав на его небезопасность и прямую ответственность за нарушения со стороны опорно-двигательного аппарата, с которыми сталкиваются медсестры [13].

Повторяющиеся рабочие движения, возраст или телосложение медсестры, продолжительность рабочих задач, рабочие привычки и поза в сидячем положении также способствуют травмам. Несмотря на то, что в основном все эти факторы связаны с уходом за зависимыми пациентами, риск получения травмы опорно-двигательного аппарата вследствие ручного труда, характерного для сестринского ухода, охватывает все специализированные области сестринского дела.

В исследовании Rudolph L, и соавт. медицинские работники сообщили о сильной боли и снижении функциональности в результате производственной травмы; даже спустя много месяцев после даты травмы работники с повреждением нервов верхних конечностей чаще всего сообщали о неудовлетворительных функциональных результатах [22]. Почти 30% работников сообщили о «некоторых» или «значительных» трудностях при выполнении своей работы из-за производственной травмы, и почти 18% заявили, что травма ограничила вид работы, которую они могут выполнять. Такие травмы могут повлиять на уход за пациентами.

Травмы позвоночника отвечают за текучесть кадров из числа медицинских сестер (12%) и 38% компенсационных выплат работникам. При этом средняя стоимость замены медицинской сестры, которая покидает сестринское дело из-за травмы спины, как подсчитано в США, составила от 25 450 до 38 280 долларов США на медсестру [20].

Не последнюю роль в работе медицинского персонала играет спецодежда. Эргономичность является одним из показателей качества одежды, а в медицинской одежде - это обеспечение комфорта человека в процессе работы. К группе эргономических показателей одежды относятся вес изделия, удобство надевания и снятия, удобство использования отдельных элементов одежды, которые следует учитывать. При этом, как показало одно из исследований, 45% сотрудников (врачей) определенного отделения были не удовлетворены медицинской спецодеждой [9].

ОПРЕДЕЛЕНИЕ. МЕДИЦИНСКАЯ ЭРГОНОМИКА

Термин «эргономия» впервые был использован польским ученым Войцехом Ястшембовским в 1857 г. [6]. Становление эргономики как науки связывают с началом изучения человека в производственной среде с целью максимального использования человеческих ресурсов и ин-

тенсификации труда и относят к 20-м гг. XX в. В задачу организации входило изучение изменений функционального состояния организма человека под воздействием его трудовой деятельности, выработка правил и мероприятий, способствующих длительному поддержанию работоспособности на высоком уровне.

Классическое определение дисциплины, появившееся в 1949 году, звучит следующим образом: «Эргономика – это научная дисциплина, комплексно изучающая производственную деятельность человека и ставящая целью ее оптимизацию». Эргономика основывается на психологии, социологии, физиологии и медицине, гигиене труда, общей теории систем, теории управления и организации труда, на знаниях об охране труда, на основе некоторых технических наук и технической эстетики [10].

Цель эргономики как прикладной науки заключается во внедрении в деятельность работников механизмов снижения уровня усталости, заболеваемости, травматизма и одновременно в более полном использовании физических и умственных способностей человека [3]. Эргономические требования имеют место при проектировании расположения предметов оборудования, технологической и организационной совокупности элементов рабочего места и планировке рабочего пространства [8].

Медицинская эргономика появилась несколько позже как прикладная дисциплина на стыке таких дисциплин и систем, как анатомия, физиология, гигиена, физика, антропометрия, психология, биомеханика. Это – конкретная область приложения научных знаний о человеке к системе «медицинские работники – медицинские учреждения, медицинское оборудование – пациент».

Цели медицинской эргономики: организация таких условий труда на рабочем месте, при которых повышается безопасность и эффективность деятельности в медицине. В медицине оптимизация труда способствует повышению эффективности лечебного процесса, играет важную роль в сокращении продолжительности пребывания больного в стационаре, улучшает условия труда медицинского персонала. Правильная планировка должна предусматривать такое размещение медицинского персонала в рабочей зоне и такое расположение в ней предметов, используемых в процессе работы, которые бы обеспечили наиболее оптимальные движения; положения корпуса, рук, ног и головы с наименьшим уровнем статических и динамических нагрузок [4].

Медицинская эргономика включает следующие аспекты:

- состояние здоровья и профилактика заболеваний медицинских работников;
- эргономические требования к проектированию оборудования, предметов, используемых медицинским персоналом в процессе работы;
- создание безопасных и комфортных условий для пациентов с проблемами утраты здоровья и восстановления работоспособности;
- эргономические требования к строительству и оснащению (ЛПУ), создание безопасных для здоровья условий труда медицинских работников, разработка алгоритмов перемещения пациентов при выполнении медицинских манипуляций.

Общие эргономические требования к организации рабочего места определены в государственных стандартах: ГОСТ 12.2.032-78 «Система стандартов безопасности труда. Рабочее место при выполнении работ сидя. Общие эргономические требования» и ГОСТ 12.2.033-78 «Система стандартов безопасности труда. Рабочее место при выполнении работ стоя. Общие эргономические требования». Они устанавливают требования к рабочим местам при выполнении работ в положении сидя и стоя при проектировании нового и модернизации действующего оборудования и производственных процессов.

ОБ АДЕКВАТНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ТРУДА

Рабочее место требует адекватной организации труда, подразумевающей оборудование места работы персонала актуальными для данной должности средствами и предметами трудовой деятельности, равно как и формированию особого порядка расположения в пространстве. Соблюдение эргономики и её принципов в работе позволяют сохранить человеческое здоровье и повысить оперативность работы кадров. С помощью производственной эргономики возможно хотя бы снизить, предотвратить некоторые потенциально опасные проблемы (например, ситуации утомления, связанные с напряжением одной и той же позой) и сократить риск ухудшения здоровья [5].

Специалистами по эргономике доказано, что эффективная организация рабочего места на 30 % повышает производительность труда и, соответственно, автоматически выводит компанию в категорию лидера в своей отрасли [10]. Конструкция рабочего места и взаимное расположение всех его элементов должны соответствовать антропометрическим, физиологическим и психологическим требованиям, а также характеру работы. При этом конструкцией рабочего места должно быть обеспечено выполнение трудовых операций в пределах зоны досягаемости моторного поля. Конструкцией производственного оборудования и рабочего места должно быть обеспечено оптимальное положение работающего, которое достигается возможностью регулирования основных предметов рабочего пространства [8]. Места, в которых не созданы эргономичные условия для нормальной трудовой деятельности персонала, непосредственно будут влиять не только на характер и результаты деятельности, но и на личностное развитие, подверженное влиянию психосоматики.

Анкетирование специалистов лучевой диагностики поликлиник по вопросам соответствия их рабочих мест эргономичным требованиям показало, что при наличии современного рентгеновского оборудования в большинстве случаев отсутствуют полноценные комфортные условия рабочего места у персонала. Так, возможность регулировать высоту стола имели только 4% опрошенных, высоту положения клавиатуры - 34%, громкость звонка телефона - 55%, высоту стула - 79%, освещенность - 64%, температуру в помещении - 60% [7]. Хорошим примером научного подхода к созданию эргономичных условий в деятельности медицинского персонала является американская концепция организация стоматологической работы «в четыре руки», которая получила развитие не только на национальном, но и на международном уровнях. К основным положениям данной концепции относятся: 1) использование квалифицированного помощника, 2) рациональное расположения оборудования, 3) применение оптимальной рабочей позы врача, ассистента и пациента, 4) попытка максимального сохранения движений [2].

В Российской Федерации общие требования к рабочему месту определяются следующими документами: трудовым кодексом Российской Федерации, нормативно-правовыми актами субъектов РФ, государственными и международными стандартами, трудовым договором (письменным или устным), коллективным договором. Данные документы содержат требования к организации и эргономике рабочего места, а также устанавливают общие правила, процедуры, критерии и нормативы, направленные на поддержание соответствующего уровня безопасности работников в процессе их трудовой деятельности. В то же время в системе здравоохранения существуют дополнительные требования к рабочим пространствам и рабочим местам, которые указаны в различных порядках оказания медицинской помощи и санитарно-эпидемиологических правилах [4].

СМЕННАЯ РАБОТА И ЭРГОНОМИКА

В учреждениях здравоохранения организация сменной работы имеет основополагающее значение для обеспечения непрерывного круглосуточного ухода за пациентами (включая ночные часы). Согласно Конвенции Международной организации труда № 171, ночная работа определяется как «работа, которая выполняется в течение не менее семи последовательных часов, включая интервал с полуночи до 5 часов утра (ночное время)».

Сменная работа может иметь неблагоприятные последствия для здоровья и благополучия работника, который должен быть работоспособным в любое время дня и ночи, включая выходные дни. В частности, сменная работа вызывает значительные помехи в различных областях человеческой жизни (биологической, поведенческой, социальной) и изменяет психофизическое равновесие человека, в частности: (1) нарушение циркадных ритмов*; (2) снижение бдительности и производительности, что приводит к более высокому риску ошибок и несчастных случаев; (3) неблагоприятные последствия для здоровья как в краткосрочной перспективе (сон, пищеварение, психические и менструальные расстройства), так и в среднесрочной и долгосрочной перспективе (увеличение желудочно-кишечных, нейропсихических, метаболических, сердечно-сосудистых заболеваний); (4) трудности в поддержании социальных ролей, которые имеют негативные последствия для межличностных отношений и ухода за семьей. Несколько исследований показывают, что сменная работа также увеличивает риск рака груди, простаты и колоректального рака.

**«Циркадный ритм» описывает физиологические колебания, происходящие в биологических функциях в течение 24 часов. Слово «циркадный» происходит от латинского слова, где «circa» означает «около», а «diem» означает «день». У людей главные циркадные часы находятся в супрахиазматическом ядре переднего гипоталамуса и синхронизируются факторами окружающей среды, в частности, чередованием света и темноты.*

По оценкам, около 10% ночных и сменных работников в возрасте от 18 до 65 лет имеют диагностируемое «расстройство сна при сменной работе», согласно Международной классификации расстройств сна, версия 2 (ICSD-2). В долгосрочной перспективе это может привести к стойким и тяжелым нарушениям сна, хронической усталости и психоневротическим синдромам, а также быть фактором риска или усугубляющим несчастные случаи, желудочно-кишечные, сердечно-сосудистые и репродуктивные расстройства, а также, возможно, рак.

В сестринской практике было зафиксировано увеличение количества ошибок, которые ставят под угрозу безопасность пациентов, в зависимости от продолжительности смены более 8 часов, сверхурочной работы и ночных смен. Недавнее исследование режимов работы и результатов, связанных с усталостью, проведенное с участием 3133 медсестер 6 больничных отделений в Новой Зеландии (педиатрия, включая неонатологию, кардиология/интенсивная терапия, неотложная помощь и травма, психиатрия, терапия и хирургия) показало, что 30,8% ошибок за предыдущие 6 месяцев были связаны с усталостью, в то время как 64% респондентов сообщили о сонливости за рулем в течение предыдущих 12 месяцев.

Результаты, указывающие на усталость, были связаны с графиком смен и сном. Риск увеличивался с большим числом ночных смен и уменьшался с увеличением ночного сна между 23:00 и 7:00, в течение которых медсестры выспались и чувствовали себя полностью отдохнувшими. Риск также увеличивался с изменениями в расписании и большим числом смен, которые продлевались более чем на 30 минут, и уменьшался на фоне большей гибкости в отношении смен [12].

Медицинские работники, работающие по сменному графику, должны быть надлежащим образом информированы об этом профессиональном факторе риска, и им должна быть гарантирована адекватная организация рабочего времени на основе проверенных эргономических критериев, а также соответствующие компенсационные меры для смягчения неблагоприятных последствий.

Профилактические и корректирующие действия касаются организации графиков смен в соответствии с эргономическими критериями, которые защищают психофизическую целостность и социальное благополучие работников, тщательного наблюдения за состоянием здоровья, соответствующего обучения и подготовки по эффективным мерам противодействия, в

частности, гигиене сна и дневному сну [13]. Эргономические критерии, в которых должны учитываться биологическая адаптация, производительность труда, состояние здоровья, а также личные и социальные проблемы, могут быть обобщены следующим образом:

- Продолжительность ночной работы и количество последовательных ночных смен следует по возможности максимально сократить (до 2–3), чтобы ограничить вмешательство в циркадные ритмы и сон;
- Следует отдавать предпочтение системам с частой ротацией смен, поскольку они меньше влияют на циркадные ритмы и минимизируют степень любого кумулятивного дефицита сна;
- Следует отдать предпочтение чередованию смен по часовой стрелке (утро-день-ночь), а не против часовой стрелки (день-утро-ночь), поскольку такая система лучше адаптирована к эндогенным циркадным ритмам, позволяет избежать коротких перерывов между сменами (например, утренних и ночных смен в течение одного дня) и обеспечивает более длительные периоды отдыха для немедленного восстановления после усталости и дефицита сна;
- Следует избегать слишком раннего начала утренней смены, чтобы не сокращать сон (особенно фазы быстрого сна);
- Продолжительные рабочие смены (9–12 часов) следует рассматривать только в том случае, если рабочая нагрузка соответствует требованиям, возможны перерывы для отдыха, а система смен разработана таким образом, чтобы свести к минимуму накопление усталости, а также воздействие токсичных веществ;
- Циклы смен должны быть максимально регулярными и обеспечивать как можно больше свободных выходных;
- Постоянную работу в ночное время следует использовать только в особых рабочих ситуациях, требующих полной адаптации к работе в ночное время для обеспечения наивысшего уровня безопасности;
- Следует поощрять гибкие графики работы, чтобы удовлетворять потребности и предпочтения работников.

ЭРГОНОМИКА В СЕСТРИНСКОЙ РАБОТЕ: РУЧНОЙ ТРУД VS МЕХАНИЗИРОВАННОГО

Как известно, сегодня в образовательной программе для подготовки медицинских сестер отведено определенное число часов для изучения вопросов, связанных с биомеханикой тела, правилами перемещения пациента. Однако, как показывают исследования, само по себе обучение медсестер вопросам механики тела не предотвращает травмы [13]. Как показала работа Афанаскиной М.Ф. и соавт., большинство опрошенных (90%) не соблюдали правила биомеханики тела или делали это от случая к случаю, а около 30% медицинских сестер перемещали пациентов в одиночку, подвергая позвоночник высоким нагрузкам [1].

Крайне актуальным вопросом является ручной труд, который доминирует сегодня при уходе за пациентом. При этом подъем тяжестей сегодня рассматривается как навык, требующий специальной подготовки и обязательного использования механического оборудования, а не как случайную задачу, выполняемую медицинскими работниками.

В последнее время основное внимание уделяется инновационным многогранным программам по безопасному обращению с пациентами и профилактике травматизма, включая использование инженерных средств, а также метод «командный лифтинг». Речь идет, в первую очередь, о вспомогательном механизированном труде, который обеспечивается, в частности, механическими подъемниками для пациентов. Преимущество вспомогательного оборудования для обращения с пациентами характеризуется одновременным снижением риска

В Сегодня подъем тяжестей рассматривается не как случайная задача, выполняемая медицинскими работниками, но как навык, требующий специальной подготовки и обязательного использования механического оборудования

травм опорно-двигательного аппарата у медицинского персонала и улучшением качества ухода за пациентами.

В помощь в подъеме и перемещении пациентов более 25 лет тому назад были разработаны потолочные подъемные системы и стропы, оценка эффективности которых была неоднократно проведена в ряде исследований. В частности, исследование с целью оценки эффективности механических подъемников для пациентов в снижении симптомов со стороны опорно-двигательного аппарата, травм с потерей рабочего времени и расходов на компенсацию работникам стационара [19] показало снижение показателей травматизма, показателей травматизма с потерей рабочего времени, расходов на компенсацию работникам и симптомов повреждения опорно-двигательного аппарата после внедрения механических подъемников для пациентов. Экспериментальное исследование программы профилактики травм опорно-двигательного аппарата «на основе передового опыта», предназначенной для безопасного подъема физически зависимых резидентов домов престарелых [11], которая включала, в частности, механические подъемники и средства для изменения положения, обучение сотрудников пользованию подъемниками, также показало значительное снижение числа травм среди медицинских сестер, работающих полный и неполный рабочий день, во всех возрастных группах, с любым стажем работы во всех местах проведения исследования.

Метод «командный лифтинг» был разработан, чтобы освободить медицинский персонал от повседневной задачи перемещения пациентов. Этот тип вмешательства предполагает, что подъем пациента является узко специализированным навыком, который должен выполняться только опытными специалистами, которые прошли тщательное обучение по новейшим методам с применением подъемных устройств [12]. Использование бригады по подъему тяжестей, специально обученной механике тела, методам подъема и использованию обязательного механического оборудования, может существенно повлиять на данные о травмах, финансовые расходы и удовлетворенность сотрудников. Преимущества бригады по подъему тяжестей выходят за рамки влияния на травмы и финансовые результаты — их можно использовать для стратегий набора и удержания персонала, а члены бригады могут служить наставниками для других, демонстрируя безопасные методы подъема тяжестей. В конечном счете, бригада по подъему тяжестей помогает защитить ценный ресурс — работника здравоохранения [14].

Таким образом, чтобы сократить число травм, связанных с ручным трудом, характерным для сестринского ухода за пациентами, работодатели должны обеспечить подъемные приспособления; проектировать рабочие места таким образом, чтобы свести к минимуму необходимость подвергать позвоночник таким его изменениям как скручивание и сгибание, а также вводить регулярные процедуры технического обслуживания оборудования, обеспечивать адекватный персонал для оказания помощи при подъеме пациентов. Кроме того, считается, что для снижения риска возникновения болей в пояснице следует принимать такие профилактические меры как организация надлежащих периодов отдыха и программы по отказу от курения [17].

Использованная литература

1. Афанаскина М.С., Кацера О.В., Никитина Н.П. Остеохондроз позвоночника у медсестры // Медицинская сестра. 2010. №5.
2. Аюпов И. Ш. Эргономика в работе врача-стоматолога. работа в «четыре руки» / И. Ш. Аюпов, С. Н, Орехов // Научное обозрение. Медицинские науки. 2017. № 2. С. 6-13.
3. Климова Д. В. Преимущества работы в «четыре руки» / Д. В. Климова, А. 111. Шафеева // Бюл. медицинских интернет-конференций. 2018. Т. 8, № 7. С. 264.
4. Курмангулов А. А., Решетникова Ю. С. и соавт. Требования к организации рабочего места медицинского персонала при внедрении метода 5S бережливого производства // Вестник ИвГМА. 2019.

НАУЧНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Прикосновение медицинский сестры: незаменимый компонент ухода

Предыстория: Прикосновение является неотъемлемой частью человеческого взаимодействия, а для большинства медицинских работников оно является незаменимым в их практике. Существенным и неизбежным аспектом профессии медсестры является прикосновение к пациентам во время оказания помощи. К сожалению, сегодня прикосновение редко рассматривается в рамках сестринского дела.

Цели: Подчеркнуть важность прикосновений в современной сестринской практике в высокотехнологичной среде.

Обсуждение: замены выразительному прикосновению медсестры не существует. Поскольку технологическая революция в сестринском деле неизбежна, медсестрам крайне важно учитывать, насколько эти технологии влияют на отношения медсестры и пациента.

Заключение: Исследование подчеркнуло важность прикосновения в современной сестринской практике и показало, что прикосновение медсестер всегда будет незаменимым компонентом ухода в сестринском деле. Это открытие окажет влияние на медицинских сестер и пациентов, работающих в высокотехнологичных медицинских учреждениях.

Источник: Pepito JAT, Babate FJG, Dator WLT. The nurses' touch: An irreplaceable component of caring. Nurs Open. 2023 Sep;10(9):5838-5842.

№1

5. Малоземов О.Ю. Взаимосвязь эргономики с сохранением здоровья // Теория и практика современной науки, 2020. №9(63). С. 87-92
6. Панеро Дж. Основы эргономики. Человек, пространство, интерьер. Справочник по проектным нормам / Дж. Панеро, М. Зелник. – М.: АСТ, Астрель, 2008. 320 с.
7. Привалова Е. Г. Эргономика в лучевой диагностике / Е. Г. Привалова, И. Н. Гипп, Е. А. Ильиных // Медицинская визуализация, 2012. № 3. С. 77-80.
8. Саенко С. Э. Компьютерные системы определения цвета и их использование в различных клинических ситуациях / С. Э. Саенко, Т. В. Герасимова // Международный студенческий научный вестн. 2018. № 6. С. 41.
9. Саиди Д. Р., Дадабаева Н. А. Способы повышения качественного комфорта специализированной медицинской одежды с учётом эргономических требований // Кронос: естественные и технические науки. 2021. №2 (35).
10. Стриженок О. А. Развитие эргономики рабочего места в наши дни // Модели, системы, сети в экономике, технике, природе и обществе. 2012. №2 (3).
11. Collins JW, Wolf L, et al. An evaluation of a "best practices" musculoskeletal injury prevention program in nursing homes. Inj Prev. 2004 Aug;10(4):206-11
12. Costa G, Tommasi E, et al. Shiftwork Organization. 2020 Dec 15. In: Donaldson L, Ricciardi W, Sheridan S, Tartaglia R, editors. Textbook of Patient Safety and Clinical Risk Management [Internet]. Cham (CH): Springer; 2021. Chapter 29.
13. Costa G. Sleep deprivation due to shift work. Handb Clin Neurol. 2015; 131:437-46.
14. Edlich RF, Winters KL, et al. Prevention of disabling back injuries in nurses by the use of mechanical patient lift systems. J Long Term Eff Med Implants. 2004;14(6):521-33
15. Hefti KS, Farnham RJ, et al. Back injury prevention: a lift team success story. AAOHN J. 2003 Jun;51(6):246-51
16. Hignett S. Work-related back pain in nurses. J Adv Nurs. 1996 Jun;23(6):1238-46
17. Jacquier-Bret J, Gorce P. Prevalence of Body Area Work-Related Musculoskeletal Disorders among Healthcare Professionals: A Systematic Review. Int J Environ Res Public Health. 2023 Jan 2;20(1):841
18. Karahan A, Kav S, et al. Low back pain: prevalence and associated risk factors among hospital staff. J Adv Nurs. 2009 Mar;65(3):516-24

19. Labar G. A battle plan for back injury prevention. *Occup Hazards*. 1992; 11:29–33.
20. Li J, Wolf L, Evanoff B. Use of mechanical patient lifts decreased musculoskeletal symptoms and injuries among health care workers. *Inj Prev*. 2004 Aug;10(4):212-6
21. Morgan A, Chow S. The economic impact of implementing an ergonomic plan. *Nurs Econ*. 2007 May-Jun;25(3):150-6.
22. Retsas A, Pinikahana J. Manual handling practices and injuries among ICU nurses. *Aust J Adv Nurs*. 1999 Sep-Nov;17(1):37-42
23. Rudolph L, Dervin K, Cheadle A, et al. What do injured workers think about their medical care and outcomes after work injury? State of California, Division of Workers' Compensation, Department of Industrial Relations; May 2001.
24. Smedley J, Egger P, Cooper C. Et al. Manual handling activities and risk of low back pain in nurses. *Occup Environ Med*. 1995 Mar;52(3):160–3.

КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ. ОСНОВНЫЕ АСПЕКТЫ КОНЦЕПЦИИ.

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

ФГБОУ «СЗГМУ им. И.И.Мечникова»

Аннотация

При оценке сестринской работы рассматривается деятельность, связанная с лечебно-диагностическим процессом, с применением критериев, которые не всегда таковыми являются. Это подтверждается рядом исследований. Данный подход можно рассматривать как односторонний, что едва ли может способствовать обеспечению качества сестринской помощи

Цель – определить основные аспекты концепции «качество медицинской помощи», которые необходимо рассматривать при оценке сестринской деятельности

Методы: анализ тематических публикаций на платформе Киберленинка, E-library

Результаты: основными аспектами концепции «качество медицинской помощи» являются профессиональные стандарты, доказательная медицина, сестринский процесс, медицинская документация

Выводы: при оценке качества сестринской деятельности необходимо устанавливать факт использования в практической деятельности имеющихся стандартов, доказательной медицины (отражаемой в клинических рекомендациях), рассмотреть возможность реорганизации работы сестринского персонала на основе модели, гарантирующей оценку сестринского ухода и качество оказываемой помощи

Ключевые слова: качество сестринской помощи, критерии, стандарты, внутренний аудит, экспертиза, медицинская документация, сестринский процесс

В современных условиях развития здравоохранения с ростом значимости сестринского персонала в лечебно-диагностическом процессе растет роль оценки качества сестринской помощи. При этом число исследований в этой области остается непросто малым, тем более, что имеющиеся работы указывают на ограниченность понимания концепции «качество медицинской помощи» и «качество сестринской помощи».

При изучении качества сестринской помощи поднимались такие вопросы как, в частности,

- актуальные аспекты совершенствования организации и повышения качества работы участковых медицинских сестер,
- качество сестринской помощи в санатории,
- состояние качества сестринской помощи по мнению руководителей сестринских служб стационаров,
- мотивирующие факторы в повышении качества сестринской помощи,
- медико-социальное исследование качества сестринской помощи,
- контроль и оценка качества сестринской помощи в кардиохирургическом отделении,
- критерии оценки качества сестринской помощи в военном госпитале,
- ретроспективный анализ оценки мнений средних медицинских работников по проблеме оценки качества сестринской помощи,
- проблемы управления качеством независимой сестринской помощи на современном этапе,
- сестринские аспекты медицинской помощи в ангиохирургической практике и др.

При изучении факторов, которые могли бы способствовать повышению качества сестринской помощи, были неоднократно выделены материальное стимулирование, отношение к медицинской сестре со стороны врачей, пациентов и их родственников, а также моральное стимулирование. Далее по степени значимости идут повышение профессионализма медсестер, ответственности с их стороны за результаты труда и расширение роли медсестер в клинике [3].

При изучении факторов, влияющих на снижение качества медицинской помощи, сегодня обсуждаются так называемые пациентские культурные факторы риска снижения качества медицинских услуг, в том числе информированность, мотивация и комплаентность, медицинская активность, культура межличностного взаимодействия [12].

Однако ни в одном из ранее проведенных исследований не был рассмотрен такой вопрос как сестринская модель оказания помощи пациенту, коим является сестринский процесс, изучаемый в системе среднего профессионального образования последние, как минимум, 25 лет. До сих пор ошибочно считается, что в сестринской работе необходимо оценивать правильность выполнения процедур, своевременность выполнения врачебных назначений, соблюдение санитарных норм, ведение документации, порядок в отделении в целом, также следует проводить оценку соблюдения медицинскими сестрами этических норм, внимания к пациентам и их семьям [5], то есть, та работа, которая связана с лечебно-диагностическим процессом.

Кроме того, при попытке провести оценку, устанавливаются критерии, которые, по сути, таковыми не являются. (Например, в работе Грицанчук А.М. и соавт. критериями названы

1. Оценка качества выполнения врачебных назначений.
2. Оценка качества надзора за пожилыми пациентами и сопутствующими возраст-ассоциированными синдромами.
3. Оценка качества ухода за пожилыми пациентами, находящимися на постельном режиме.
4. Готовность оказания неотложной помощи пожилым пациентам) [4].

Сами медицинские сестры, причем, их преобладающее большинство, под термином «качество медицинской помощи» понимают удовлетворенность пациента оказанной ему медицинской помощью, доступность для пациента медпомощи и профессионализм медицинского персонала. Все это указывают на необходимость раскрыть суть концепции «качество медицинской помощи», выделив в ней основные аспекты, от которых оно (качество) зависит.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ. ОСНОВНЫЕ ПОНЯТИЯ

Сегодня определены такие понятия, как «качество медицинской помощи», «качество оказания медицинской помощи», «качество сестринской помощи». При этом в определении выше названных понятий принимали участие как специалисты, так и врачи и медицинские сестры. Понятие «качество медицинской помощи» определяется как «...совокупность характеристик,

отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата...» [18]. Под качеством *оказания* медицинской помощи понимается надлежащее качество взаимодействия медицинского персонала и пациента при оказании ему медицинской помощи [9]. Взаимоотношения между врачом и пациентом были, есть и остаются той единственной и важнейшей точкой, в которой создается новая общественная ценность — здоровье человека как члена социума. Только в этих взаимоотношениях может быть достигнут критерий максимально возможного качества медицинской помощи [11]. При этом в практике врача особое значение имеет эмпатия. Именно она помогает расположить к себе пациента и создать необходимое доверительное общение, что приводит к улучшению состояния здоровья и повышению качества оказываемой медицинской помощи [6].

Для определения качества оказанной медицинской помощи рекомендовано учитывать четыре основных компонента:

- соблюдение медицинских технологий (выполнение врачебного процесса),
- оптимальность использования ресурсов,
- риск травм и заболеваний в результате медицинского вмешательства,
- удовлетворенность пациента медицинским обслуживанием.

Качество медпомощи определяется с применением таких критериев как адекватность, доступность, преемственность и непрерывность, действенность, результативность, безопасность, своевременность, удовлетворенность потребности и ожидания, стабильность процесса и результата [14]. В настоящее время критерии качества медицинской помощи встречаются в двух нормативных документах – приказе № 203н и в Программе государственных гарантий

КАЧЕСТВО И СТАНДАРТИЗАЦИЯ

Повышение качества и эффективности деятельности невозможно без стандартов. Стандартизация очень плотно вошла в профессиональный обиход, включая здравоохранение. Работа по стандартизации в здравоохранении в РФ началась в 1992 г., тогда же появился первый классификатор услуг в здравоохранении. Цель стандартизации была определена как повышение качества профилактических и лечебно-профилактических мероприятий, решение задач сохранения и улучшения здоровья населения. В тот же период были заложены основные положения и принципы стандартизации в здравоохранении, основанные на методах доказательной медицины. На итоговой коллегии Минздрава России 2003г. была принята первая отраслевая Программа «Управление качеством в здравоохранении на 2003-2007 гг.», а в 2004г. озабоченность качеством предоставляемой гражданам РФ медицинской помощи была высказана и президентом РФ В.В. Путиным в его обращении к Совету Федерации [15].

В Послании Федеральному собранию РФ 26.05.2004 Президент РФ В.В.Путин указал, что разработка стандартов медицинской помощи является одним из важнейших направлений развития здравоохранения — «...гарантии бесплатной медицинской помощи должны быть общеизвестны и понятны. И по каждому заболеванию должны быть выработаны и утверждены стандарты медицинских услуг — с обязательным перечнем лечебно-диагностических процедур и лекарств, а также с минимальными требованиями и условиями оказания медицинской помощи...».

Стандартизация сестринской деятельности

В Программе развития сестринского дела в РФ на 2010–2020 годы также было указано на важность стандартизации практической деятельности специалистов со средним медицинским образованием как одной из задач развития сестринского дела. Как было сказано выше, только при наличии стандартов можно установить соответствие сестринской помощи современному уровню развития сестринского дела, имеющимся потребностям пациента и общества с сестринской деятельностью:

«ГОСТ Р 52623.1—2008. Национальный стандарт Российской Федерации. Технологии выполнения простых медицинских услуг функционального обследования» (утв. и введен в действие Приказом Ростехрегулирования от 04.12.2008 N 359-ст)

«ГОСТ Р 52623.4—2015. Национальный стандарт Российской Федерации. Технологии выполнения простых медицинских услуг инвазивных вмешательств» (утв. и введен в действие Приказом Росстандарта от 31.03.2015 N 200-ст).

«ГОСТ Р 52623.2—2015. Национальный стандарт Российской Федерации. Технологии выполнения простых медицинских услуг. Десмургия, иммобилизация, бандажи, ортопедические пособия» (утв. и введен в действие Приказом Росстандарта от 31.03.2015 N 198-ст).

«ГОСТ Р 52623.3—2015. Национальный стандарт Российской Федерации. Технологии выполнения простых медицинских услуг. Манипуляции сестринского ухода» (утв. и введен в действие Приказом Росстандарта от 31.03.2015 N 199-ст).

«ГОСТ Р 56377—2015. Национальный стандарт Российской Федерации. Клинические рекомендации (протоколы лечения). Профилактика тромбоэмболических синдромов» (утв. и введен в действие Приказом Росстандарта от 31.03.2015 N 201-ст)

«ГОСТ Р 56819—2015. Национальный стандарт Российской Федерации. Надлежащая медицинская практика. Инфологическая модель. Профилактика пролежней» (утв. и введен в действие Приказом Росстандарта от 30.11.2015 N 2089-ст) [2].

КАЧЕСТВО И ДОКАЗАТЕЛЬНАЯ МЕДИЦИНА

Развитие новых технологий и безудержный рост затрат на медицину привели к необходимости оптимизировать эти расходы государства, в результате чего в общественном здравоохранении оказалась востребована доказательная медицина. Стало очевидно, что решение о внедрении новых способов лечения, профилактики или диагностики на государственном или популяционном уровне должно основываться на анализе достоверности научных фактов, полученных в ходе проверки их эффективности.

Научно обоснованные данные включают: «...методологически правильные и клинически значимые исследования, посвященные эффективности и безопасности медсестринских манипуляций, точность и правильность мероприятий по оценке медсестринских манипуляций, эффективность прогностических маркеров, силу причинно-следственных взаимосвязей, рентабельность сестринских манипуляций, а также суть заболевания или жизненный опыт пациента» (Ciliska, 2011).

Одним из основных особенностей доказательной системы взглядов является тот факт, что не всем данным, полученным в процессе поиска ответов на конкретные вопросы, можно одинаково доверять при непосредственном принятии решений в клинической практике, потому что не все исследования качественно проведены. Кроме того, одно, даже хорошее исследование, не так убедительно, как качественно выполненный систематический обзор, объединяющий результаты всех исследований по данному вопросу. Следовательно, для научно-обоснованной практики рекомендуется использовать иерархию данных, вершиной которых являются систематизированные обзоры рандомизированных контролируемых исследований (РКИ).

Например, по данным недавнего РКИ, замена иглы после набора лекарственного препарата в шприц перед внутримышечной инъекцией значительно снижает болевые ощущения (Agas, Gunes, 2011). Этот этап (замена иглы) большинство из нас в силу недостатка осведомленности, времени или финансовых возможностей опускают.

Доказательная медицина стала механизмом познающего поколения, базисом профессиональной компетенции и способом распространения этой компетенции в другие сферы.

На важность развития научных исследований в сестринском деле было указано в Отраслевой программе развития сестринского дела в Российской Федерации, утвержденной приказом МЗ РФ № 4 от 9 января 2001 г., которая предусматривала, в частности,

совершенствование нормативной правовой, материально-технической и организационно-методической базы для совершенствования организации работы сестринского персонала;

совершенствование системы подготовки и эффективного использования сестринских кадров;

совершенствование системы управления сестринским персоналом;

развитие новых организационных форм и технологий оказания медицинской помощи сестринским персоналом.

В настоящее время медицинские сестры, которые работают в клиниках и подкрепляют свои практические навыки научно доказанными данными и не ограничиваются информацией из традиционных источников, могут самостоятельно отчитаться перед своими пациентами и обществом; они могут зарабатывать и сохранять доверие среди других медицинских дисциплин и формировать профессиональные сестринские познания, которые могут быть использованы для влияния на лечебную стратегию и руководство [1].

КОНТРОЛЬ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Неотъемлемой частью обеспечения качества лечебно-диагностического процесса является организация контроля и оценки качества деятельности сестринского персонала стационара. Одним из подходов к выявлению и мобилизации резервов улучшения качества медицинской помощи в учреждениях здравоохранения, установлению соответствия или несоответствия установленным критериями или требованиям, прописанным в нормативных документах, регламентирующих деятельность медицинской организации, к идентификации рисков и предотвращению наступления неблагоприятных событий является проведение внутреннего аудита.

Внутренний аудит является объективным инструментом контроля результативности, эффективности и безопасности функционирования как отдельных сотрудников и подразделений, так и организации в целом. Данный подход закреплен в приказе Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31.07.2020 года № 785н «Об утверждении Требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности» (далее – приказ №785н). Основным фактором, повлиявшим на развитие внутреннего аудита в российских компаниях, стал Федеральный закон от 06.12.2011 № 402-ФЗ «О бухгалтерском учете». В соответствии с этим законом все экономические субъекты обязаны осуществлять внутренний контроль совершаемых фактов хозяйственной деятельности, а экономические субъекты, подлежащие обязательному аудиту, помимо этого, должны осуществлять внутренний контроль ведения бухгалтерского учета и составления бухгалтерской отчетности

Одним из эффективных инструментов для проведения контроля качества медицинской помощи является экспертиза качества медицинской помощи (далее - ЭКМП). ЭКМП «проводится в целях выявления нарушений при оказании медицинской помощи, на основе оценки своевременности ее оказания, правильности выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, а также степени достижения запланированного результата» [18]. Основным методом ЭКМП является анализ первичной медицинской документации.

Медицинская документация как основной источник информации

Медицинская документация является основным источником информации об оказании медицинской помощи пациенту, объектом при проведении контрольных и надзорных мероприятий в медицинской организации и, безусловно, базой для внедрения системы управления качеством медицинской помощи в учреждении здравоохранения. Качество медицинской помощи может быть низким при безукоризненно оформленных документах, и, напротив, при плохо заполненной медицинской документации может быть оказана высококачественная медицинская помощь. Согласно «ОСТ 91500.01.0005-2001. Отраслевой стандарт. Термины и определения

системы стандартизации в здравоохранении» (принят и введен в действие приказом Минздрава России от 22.01.2001 № 12) медицинские документы – специальные формы документации, которые ведет медицинский персонал. Ими регламентируются действия, связанные с оказанием медицинских услуг.

С целью рациональной организации работы и оценки качества оказываемой сестринским персоналом помощи предложен ряд сестринских осмотров по международной системе стандартов Joint Commission International (JCI) включающий: лист наблюдения (для тяжелых больных); лист обучения пациента; карту первичного сестринского осмотра; карту ежедневного сестринского осмотра; лист оценки риска падения по Морзе; лист оценки боли; планлучения и ухода; дневниковые записи медицинской сестры; лист оценки риска пролежней по Брадону и Ватерлоу [10].

Анализ результатов исследования показал, что во время экспертизы медицинских карт отмечается более четкая и конкретизированная работа среднего персонала. За время работы в новом формате не было выявлено формирования пролежней у лежачих больных, отсутствовали падения пациентов. Значительно улучшился уход за пациентами, что выразилось в отсутствии жалоб со стороны пациентов; по отзывам врачей результаты лечения улучшились на

ВМЕСТО ЗАКЛЮЧЕНИЯ. КАЧЕСТВО СЕСТРИНСКОЙ ПОМОЩИ И СЕСТРИНСКИЙ ПРОЦЕСС. ПЕРСПЕКТИВЫ

Обеспечение качественной сестринской помощи зависит от ряда факторов. Одним из этих факторов является организация сестринского ухода.

В 1997 году вышел приказ Минздрава РФ № 249 «О номенклатуре специальностей среднего медицинского и фармацевтического персонала». Именно этот документ впервые в истории сестринского дела в нашей стране обязал медицинскую сестру «...осуществлять все этапы сестринского процесса при уходе за пациентами (первичную оценку состояния пациента, интерпретацию полученных данных, планирование ухода совместно с пациентом, итоговая оценка достигнутого)».

Сестринский процесс – это научный подход к оказанию квалифицированной сестринской помощи [20], эффективный метод организации мыслительных процессов для принятия клинического решения, решения проблемы и предоставления индивидуального качественного ухода за пациентом. Этому способствуют научно подтвержденные преимущества «процесса»:

- организация сестринского ухода по модели сестринского процесса позволяет удовлетворить индивидуальные потребности пациента и его семьи;
- этапы сестринского процесса фокусируют внимание медсестры на индивидуальных реакциях пациента на определенную медицинскую ситуацию, результатом чего является холистический план ухода, нацеленный на решение конкретных проблем;
- сестринский процесс выступает в качестве средства оценки экономического вклада медсестер в уход за пациентами, а также средства качественного и количественного измерения сестринского ухода, который должен быть как рациональным, так и холистическим [13].

На протяжении не одного десятилетия было продемонстрировано, что эффективное внедрение сестринского процесса приводит к повышению качества медицинской помощи и стимулирует накопление теоретических и научных знаний, основанных на передовой клинической практике, а также может привести к улучшению здоровья населения в целом [8].

В нашей стране само словосочетание «сестринский процесс» встречается в научных публикациях, однако, сегодня оно является одним из примеров наличия в профессиональном языке современных понятий. Публикации могут звучать под такими названиями как, например, «Сестринский процесс в клинической токсикологии», «Сестринский процесс в детском инфекционном отделении», «Сестринский процесс в стома-кабинете» и т.д.

При этом концепция «сестринский процесс» остается в образовательных программах уровня СПО, а также она включена в рабочую программу дисциплины «Основы профессиональной деятельности», изучаемой на 1 курсе специалитета по направлению «Лечебное дело», так как изучение сестринского дела посредством данной модели способствует достижению глобальных целей университетского образования – развитию логического, критического и аналитического мышления.

Сам вопрос оценки сестринского ухода остается открытым, а обеспечение качества сестринской помощи при традиционной организации и проведении ухода за пациентом выглядит бесперспективным.

Использованная литература

1. Бальдассарре Ф. Сестринская практика, основанная на принципах доказательной медицины: для чего и для кого? (перевод с англ. под ред. З.З. Балкизова) // Медицинское образование и профессиональное развитие, 2012. №1 (7). С. 51-58
2. Бурковская Ю.В., Камынина Н.Н. Организация деятельности руководителя сестринской службы по внедрению стандартов сестринской деятельности // Проблемы стандартизации в здравоохранении. 2020. №9-10
3. Голева О.П., Федорова Г.В., и соавт. Медико-социальное исследование качества сестринской помощи // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2015. №2.
4. Грицанчук А.М., Гриднев О.В., и др. Многофакторная оценка качества работы медицинских сестер при оказании медицинской помощи пожилым пациентам // Социальные аспекты здоровья населения, 2019. 65(4).
5. Жихарева Н.А. Научное обоснование процессуальной модели управления качеством сестринской помощи: Дис. ... канд. мед. наук. СПб.; 2007
6. Каменецкая Д.М., Менишова И.Р. и соавт. Влияние эмпатии медицинских работников на качество оказываемой медицинской помощи // Bulletin of Medical Internet Conferences (ISSN 2224-6150) 2019. Volume 9. Issue 10
7. Корняшева Л. П., Чернышев В. М., и соавт. Некоторые аспекты стандартизации сестринской деятельности и отношение к ней специалистов со средним медицинским образованием // Медицина и образование в Сибири. 2012. №2 С.34.
8. Лаптева Е.С., Цуцунава М.Р., Аристидова С.Н. Качество сестринского ухода. Сестринский процесс vs...// Специалист здравоохранения. 2022. № 28. С. 28-33
9. Линденбратен А.Л. Некоторые рассуждения о качестве медицинской помощи // Проблемы стандартизации в здравоохранении. 2007. № 10. С. 3–5.
10. Лукьянченко П.П., Карибаева Б.Д. и др. Внедрение системы качества и мониторинга сестринского ухода в больнице // Вестник АГИУВ. 2014. № 4. С. 24-26
11. Назаренко Г.Б. Качество оказания медицинской помощи в России // Клиническая медицина. 2021;99 (5–6)
12. Олейник А.В., Мушников Д.Л. и др. Культура пациентов как фактор обеспечения качества медицинской помощи // Медико-фармацевтический журнал "Пульс". 2021. Т.23. №9. С. 1-2.
13. Подопригора Г.М., Цуцунава М.Р. Азбука индивидуального ухода. НИКА: Санкт-Петербург, 1998
14. Поясенкова О.М. и соавт. Методология клинических индикаторов качества медицинской помощи больным сердечно-сосудистыми заболеваниями // Бюллетень медицинских интернет-конференций. 2013. № 12. С. 49-56
15. Серегина И.В. О качестве медицинской помощи // Вестник РОСЗДРАВНАДЗОРА. 2008. № 1. С. 24-26
16. Цуцунава М.Р., Подопригора Г.М., Аристидова С.Н. Когда оценка под угрозой предвзятости или к вопросу о готовности сестринской профессии к внутреннему аудиту // Специалист здравоохранения. 2023. № 34. С. 28-34
17. Цуцунава М.Р. Кобзарь Ю.В. Оценка качества сестринской помощи // Специалист здравоохранения. 2020. № 22. С. 34-36
18. Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ. Режим доступа: <https://minzdrav.gov.ru/documents/7025-federalnyy-zakonot-21-noyabrya-2011-g-323-fz-ob-osnovah-o>
19. Постановление Правительства РФ от 07 декабря 2019 г. № 1610 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов» // Собрание законодательства Российской Федерации. 2019. № 51 (часть I). Ст. 7606.
20. Zamanzadeh V, Valizadeh L, et al. Challenges associated with the implementation of the nursing process: A systematic review. Iran J Nurs Midwifery Res. 2015 Jul-Aug;20(4):411- 9.

КАТЕТЕРИЗАЦИЯ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ: ДЛЯ КОГО НАУЧНЫЕ ДАННЫЕ? (СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ)

Цуцунава М.Р.

ФГБОУ «СЗГМУ им. И.И.Мечникова»

Аннотация

Роль уретрального катетера в развитии катетер-ассоциированной инфекции мочевыводящих путей обсуждается не первый десяток лет. За последние, как минимум, 20 лет накоплены многочисленные данные, которые должны были привести к изменению и врачебной тактики при лечении пациентов с назначением катетеризации мочевого пузыря, и сестринской практики при выполнении техники катетеризации

Цель – оценить практическую деятельность, связанную с катетеризацией установить факты изменения врачебной тактики при лечении пациентов с назначением катетеризации мочевого пузыря и сестринской практики при выполнении катетеризации на основе имеющихся научных данных

Методы: поиск и анализ тематических публикаций на платформе Pubmed и КиберЛенинка. КиберЛенинка — это научная электронная библиотека, построенная на парадигме открытой науки (Open Science)

Результаты: Наблюдается тенденция к увеличению доли инфекций мочевыводящих путей в структуре ИСМП по РФ. Катетеризация проводится слишком часто без соблюдения показаний к надлежащему использованию или установленные катетеры могут использоваться дольше, чем требуется. Большинство нарушений связано с несоблюдением правил асептики и антисептики, развитие КАИМП связывают с условиями, в которых проводится катетеризация. Выявлен разный уровень знаний работников здравоохранения, нежелательные практики профилактики и контроля КАИМП. Снижению числа КАИМП способствуют программы профилактики КАИМП, которые могут быть частью программы профилактики и контроля инфекций, а также протоколы по сокращению катетеризации

Выводы: несмотря на многочисленные научные данные, выявившие факторы риска, связанные с катетеризацией мочевого пузыря, ни врачебная тактика при лечении с назначением катетеризации, ни сестринская практика постановки катетеров не изменились.

Ключевые слова: катетеризация мочевого пузыря, последствия катетеризации, уретральный катетер, международные стандарты качества.

Известно, что...

Более 3500 лет мочевые катетеры использовались для опорожнения мочевого пузыря [11]. Сегодня использование постоянных мочевых катетеров распространено у пациентов с травматическими повреждениями [20]. Периодическая катетеризация (далее – ПК) мочевого пузыря является дополнительной процедурой, в частности, при мочевой инконтиненции у детей с менингомиелоцеле в 81% случаев. Проведение ПК позволяет устранить хроническую задержку мочи и существенно уменьшить ее потери при монотерапии в 52% случаев. По некоторым данным, свободная уретральная ПК осуществима у 70 % детей с ММЦ [6].

Кроме того, при аденоме простаты, если первым этапом лечения острой задержки мочи является дренирование мочевого пузыря, то с целью уже длительного дренирования применяются мочеые катетеры [1]. ПК признана основным методом лечения нарушения функции опорожнения мочевого пузыря при неврологических состояниях [8].

Однако уретральные катетеры и различного рода дренажи в мочевых путях являются основными входными воротами инфекции мочевых путей (далее – ИМП). Длительная послеоперационная катетеризация является основным фактором риска инфицирования мочевого пузыря, и, по данным различных авторов, частота её развития колеблется от 66 до 90% [10]. Оценка эпидемического процесса, при которой было проанализировано 100 карт стационарных пациентов с ИМП, показала, что заболеваемость ИМП имеет связь с процедурой катетеризации в условиях стационара и может носить ятрогенный характер [9].

Роль уретрального катетера в развитии катетер-ассоциированной инфекции мочевыводящих путей (далее – КАИМП) обсуждается не первый десяток лет. КАИМП составляют почти половину всех внутрибольничных заболеваний. Уже в начале 21 века были проведены исследования, показавшие, что с катетеризацией мочевого пузыря увеличивается продолжительность заболевания, что ведет к увеличению расходов на лечение, более чем на 3 суток увеличивается продолжительность госпитализации (сегодня эти данные подтверждаются исследованиями: недавнее австралийское исследование показало, что у 1,7% стационарных пациентов, госпитализированных на срок более 48 часов, развивается КАИМП, что увеличивает продолжительность их пребывания в стационаре на дополнительные дни (в среднем 4)) [19]. Согласно расчетам Mitchell et al. [18], в Австралии ежегодно используется ~380 600 дополнительных койко-дней в государственных больницах из-за ИМП, связанных с оказанием медицинской помощи (большинство из которых связаны с катетером).

Был установлен факт не только возросшего риска инфицирования операционного шва у хирургических пациентов с катетерами, но также названы потенциальные осложнения, такие как паранефральные, везикулярные и уретральные абсцессы, простатиты, орхиты и эпидидимиты, а также образование стриктуры, камни в мочевом пузыре, уретральная перфорация и неопластические изменения. Обращалось внимание на трудности в диагностике КАИМП у пожилых людей: по данным исследований, более чем у 1/3 умерших катетеризированных пациентов были острые пиелонефриты, при этом температура отсутствовала.

В большинстве случаев возбудителями КАИМП являются представители собственной флоры пациента. Нижние мочевыводящие пути считаются потенциально инфицированными участками даже при наличии мочи без патологических изменений, вследствие присутствия патогенных бактерий в простате и мочеиспускательном канале, выход которых может быть спровоцирован введением инструментов в мочеиспускательный канал, операционной травмой на фоне ослабления иммунитета [10].

После установки уретрального катетера на его наружной и внутренней поверхностях формируется биопленка, повышающая адгезивную способность микроорганизмов на поверхности и приводящая к увеличению колонизации бактерий.

Уход за многими пациентами с длительной катетеризацией мочевого пузыря осложняется инкрустацией и закупоркой их просветов. Эта проблема возникает из-за инфекции, вызванной бактериями, продуцирующими уреазу, в частности *Proteus mirabilis*. Эти организмы колонизируют катетер, образуя обширную биопленку; они также вырабатывают аммиак из мочевины, тем самым повышая pH мочи. По мере повышения pH кристаллы фосфатов кальция и магния осаждаются в моче и в биопленке катетера. Продолжающееся развитие этой кристаллической биопленки блокирует поток мочи через катетер. Затем моча либо просачивается по внешней стороне катетера, и у пациента возникает недержание, либо задерживается, вызывая болезненное растяжение мочевого пузыря и рефлюкс мочи в почки.

Процесс отложения кристаллов также может инициировать образование камней. У большинства пациентов, страдающих от рецидивирующей инкрустации катетера, образуются

камни в мочевом пузыре. *P. mirabilis* прочно обосновывается в этих камнях и его крайне трудно удалить из катетеризированных мочевыводящих путей с помощью антибиотикотерапии. Если заблокированные катетеры не идентифицированы и не заменены, могут возникнуть серьезные симптоматические эпизоды пиелонефрита, септицемии и эндотоксического шока. Все типы катетеров Фолея, включая устройства с серебряным или нитрофуразоновым покрытием, уязвимы к этой проблеме [22].

Нозокомиальная инфекция мочевого тракта может явиться источником резистентных патогенных микроорганизмов, так как устойчивость к антибиотикам у пациентов с этими инфекциями типична. Эпидемический процесс характеризуется преобладанием в этиологической структуре заболевания *Pseudomonas aeruginosa*, преимущественным возникновением инфекции у пациентов старше 50 лет, особенно женщин, на фоне тяжелых травм и длительной катетеризации мочевого пузыря.

По сравнению с пациентами, избежавшими участи постановки катетера, катетеризированные пациенты в сестринских домах по уходу в три раза чаще получают антибиотики, в три раза чаще попадают в больницу и в три раза чаще умирают через год. Катетеризация связывается с возрастающим риском развития карциномы мочевого пузыря.

Среди инвазивных устройств мочевые катетеры, после центральных венозных катетеров, являются второй самой распространенной причиной бактеремии. Согласно данным исследований, 13-30% пациентов с бактериемией умрут. Минимизация использования постоянных устройств и сокращение сроков использования катетера являются двумя наиболее важными профилактическими мерами бактериурии и инфекции, когда требуется использование устройства [21].

Имея широкий спектр знаний и располагая всеми этими данными и фактами, задаешься вопросом: изменили ли они что-либо в данной области? Сократилось ли число катетеризаций? Сократилось ли время нахождения установленного катетера? И, главное, сократилось ли число КАИМП?

РЕАЛИ ТАКОВЫ, ЧТО...

Как показывают научные данные, пациенты урологического отделения сообщают о высокой распространенности катетеризации мочевыводящих путей, до 75% в период госпитализации [16]. В другом исследовании сообщается о том, что из 657 пациентов, прошедших через ОРИТ, катетеризация мочевого пузыря была проведена у 582 пациентов, а у 226 из них присутствовала КАИМП. У катетеризированных пациентов было выделено 15 видов микроорганизмов, у некатетеризированных – лишь 3 [4].

И сегодня, как и 20 лет тому назад, катетеры используются слишком часто без учета показаний к надлежащему использованию или могут использоваться дольше, чем требуется. Результаты канадских и международных исследований показывают, что 21-50% госпитализированным пациентам назначение мочевого катетера неоправданно. При этом наиболее распространенным неоправданным показанием является лечение недержания мочи с помощью постоянного катетера [14].

Проблема в России усугубляется тем, что, при анализе официальной статистической отчетности в нашей стране выявлено, что ИМП является одной из наиболее плохо выявляемой и регистрируемой нозологической формой ИСМП. Наблюдается тенденция к увеличению доли инфекций мочевыводящих путей в структуре ИСМП по РФ, в 2018 году их доля в структуре возросла до 8,1% [3].

Во всем мире возобновился интерес и исследования по снижению КАИМП, особенно в США, с введением неоплаты за «разумно предотвратимые» внутрибольничные осложнения [19]. Сегодня продолжают исследования по изучению причин частоты возникновения КАИМП и по поиску и выявлению профилактических мероприятий. В первом случае этими причинами могут быть сами условия, в которых проводилась катетеризация. Как показало одно

из исследований, проведенное в детской клинике, КАИМП быстрее проявилась у детей, которым катетеризация проводилась в условиях отделения интенсивной терапии (в отличие от детей, которым катетеризация проводилась в условиях операционной) [7].

Кроме того, к КАИМП приводят нарушения этапов катетеризации мочевого пузыря медицинским персоналом [4]. Большинство нарушений связано именно с несоблюдением правил асептики и антисептики. Авторы многократно обращают внимание на гигиеническую обработку рук на протяжении всего процесса катетеризации, подготовку расходного материала и детализации подготовки процедурного столика.

Поиски эффективных профилактических вмешательств привели к изучению катетеров новой модели с возможностью контролируемого орошения слизистой оболочки мочеиспускательного канала раствором антисептика при постановке катетера до 5 дней [2]. Авторы уверены, что применение новой модели уретрального катетера в перспективе позволит сократить процент внутрибольничной инфекции, снизить послеоперационный койко-день и, как следствие, уменьшить экономические затраты.

В другом исследовании была внедрена и оценена эффективность [5] программы контроля КАИМП в многопрофильном стационаре. Комплексная программа безопасной катетеризации мочевого пузыря в соответствии с международными стандартами качества включает в себя стандартизацию процедуры катетеризации, регистрацию каждого установленного катетера, обучение сотрудников, определение целевых показателей эффективности, введение трехуровневой системы контроля выполнения требований стандартов и мониторинг каждого установленного мочевого катетера. При внедрении комплексной программы безопасности катетеризации мочевого пузыря было отмечено достоверное снижение частоты КАИМП с 10,8% до 2,1%. Программа профилактики КАИМП как часть программы профилактики и контроля инфекций рекомендуется всем медицинским учреждениям Азиатско-Тихоокеанским обществом по контролю инфекций [15].

Поскольку основным фактором риска КАИМП является сам катетер, ключевой стратегией в некоторых медицинских учреждениях является ограничение использования катетера соответствующими показаниями. Внедрение протоколов по сокращению катетеризации наряду с другими стратегиями привело к снижению КАИМП, например, в больницах по всей территории Соединенных Штатов [20].

Многочисленные вмешательства и меры, такие как сокращение числа устанавливаемых катетеров, удаление катетеров в сроки, обоснованные научными данными, сокращение числа назначаемых катетеризаций, сокращение применения антибиотиков, если только это не является клинически необходимым, повышение осведомленности и обучение сестринского персонала новейшим рекомендациям, могут эффективно снизить КАИМП. При этом обучение медработников и ежедневная оценка показаний к установке постоянного мочевого катетера оказались весьма эффективными в снижении частоты использования катетера, а также частоты возникновения КАИМП [17]. Именно многогранные вмешательства, сочетающие рекомендации по передовой практике с вовлечением персонала, обучением и мониторингом, более эффективны для изменения практики, чем те, которые сосредоточены на одном вмешательстве.

Улучшить ситуацию и безопасность пациентов можно только при условии понимания тех мер, которые медицинские работники могут предпринять для снижения этого некомфортного и даже смертельно опасного осложнения. Однако, как показывают исследования, выявлен разный уровень знаний работников здравоохранения, нежелательные практики профилактики и контроля КАИМП на фоне большой рабочей нагрузки, кадрового дефицита, разного видения врачей в отношении применения постоянного мочевого катетера, на который влияет диагноз, разного видения медицинских сестер в отношении техники постановки катетера, а также плохих отношений и недоработанной сестринской документации [12].

Пробелы в доказательствах

Несмотря на то, что длительное использование постоянного катетера является распространенным средством лечения задержки и недержания мочи, сегодня до сих пор не ясно, как вести пациентов при длительной катетеризации, включая политику замены мочевого катетера. Кроме того, в некоторых отношениях имеющиеся и предлагаемые меры по снижению КА-ИМП несовместимы, и поэтому по определенным вопросам, касающимся КАИМП, рекомендации на данный момент отсутствуют [13].

Список использованной литературы:

1. Белый Л.Е., Соловьев Д.А. Острая задержка мочи при аденоме простаты: современный взгляд на проблему //Современные проблемы науки и образования. 2014. № 2. С. 44-47.
2. Васильев А.О., Говоров А.В., Пушкарь Д.Ю. Роль уретрального катетера в развитии катетер-ассоциированной инфекции //Урологические ведомости. 2017. №7. С. 19-20.
3. Касьянова И.А., Квашнина Д.В., Ковалишена О.В., Сутырина О.М. Обеспечение эпидемиологической безопасности при катетеризации мочевого пузыря // Журнал МедиАль. 2020. №1 (25).
4. Ключарева Н.М., Сергевнин В.И. Проявления и факторы риска эпидемического процесса катетер-ассоциированных инфекций мочевыводящих путей у пациентов реанимационного отделения и эпидемиологически безопасный порядок катетеризации мочевого пузыря // Эпидемиология и инфекционные болезни. 2015. №5. С. 37-41.
5. Кондратова Н.В. Контроль инфекционной безопасности при использовании мочевыводящих катетеров: требования международных стандартов качества //Успехи современной науки. 2016. №10. С. 102-107.
6. Красильников Д.Е., Лебедев Д.А., и соавт. Лечение мочевого инконтиненции у детей с менингомиелоцеле методом периодической катетеризации мочевого пузыря// Урологические ведомости. 2016. №6. С. 80-81.
7. Садова-Чуба З.Т. Исследование частоты возникновения катетер-ассоциированных инфекций мочевыводящих путей у детей в зависимости от условий катетеризации мочевого пузыря //Медицина неотложных состояний. 2019. №3. С. 149-151.
8. Салюков Р.В., Тищенко Г.Е. и др. Приверженность методу периодической катетеризации у пациентов с нейрогенным мочевым пузырем // Урологические ведомости. 2019. № Спецвыпуск.
9. Сурсыкова К.И., Сафьянова Т.В. катетер-ассоциированные инфекции мочевыводящих путей у пациентов урологического отделения КГБУЗ «Алтайский краевой госпиталь для ветеранов войн»//Пермский медицинский журнал. 2018. №5. С.63-69.
10. Ризоев Х. Х., Рахимов Д. А., Талабзода М. С. Факторы, способствующие распространению внутрибольничной инфекции мочевыводящих путей // Вестник Авиценны. 2019. №4. С.
11. Feneley RC, Hopley IB, Wells PN. Urinary catheters: history, current status, adverse events and research agenda. J Med Eng Technol. 2015;39(8):459-70.
12. Huang A, Hong W, et al. Knowledge, attitudes and practices concerning catheter-associated urinary tract infection amongst healthcare workers: a mixed methods systematic review. Nurs Open. 2023 Mar;10(3):1281-1304.
13. Kranz J, Schmidt S, et al. Catheter-Associated Urinary Tract Infections in Adult Patients. Dtsch Arztebl Int. 2020 Feb 7;117(6):83-88.
14. Lachance CC, Grobelna A. Management of Patients with Long-Term Indwelling Urinary Catheters: A Review of Guidelines [Internet]. Ottawa (ON): Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health; 2019 May 14. PMID: 31449368.
15. Ling ML, Ching P, et al. APSIC guide for prevention of catheter associated urinary tract infections (CAUTIs). Antimicrob Resist Infect Control. 2023 May 30;12(1):52.
16. Medina-Polo J, Naber KG, Bjerklund Johansen TE. Healthcare-associated urinary tract infections in urology. GMS Infect Dis. 2021 Aug 30;9: Doc05
17. Meneguetti MG, Ciol MA. Long-term prevention of catheter-associated urinary tract infections among critically ill patients through the implementation of an educational program and a daily checklist for maintenance of indwelling urinary catheters: A quasi-experimental study. Medicine

НОВЫЙ ВЗГЛЯД НА РАБОТУ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ

Работа медсестры трудно поддается определению, поскольку она включает многочисленные непризнанные аспекты.

Ключевые элементы работы медсестры неправильно понимаются как политиками, так и общественностью. Возобладал редуционистский нарратив, предполагающий, что работа медсестры проста, легка и может быть выполнена кем угодно. Примером редуционизма является представление о том, что уход является единственной целью профессии. Рассказы СМИ о том, что обязанности медсестры сводятся исключительно к мытью и кормлению пациентов, слишком упрощены. Такое недопонимание снижает признание жизненно важной роли медсестер в предоставлении безопасной высококачественной помощи.

Настало время рассмотреть, что известно о природе работы медсестер, чтобы прояснить, какой вклад вносят медсестры в современные системы здравоохранения.

Создание современной модели сестринского дела может помочь медсестрам в разработке эффективных решений профессиональных проблем. Работу медсестры можно понимать, как модель физического, эмоционального, когнитивного и организационного труда. Новой в этой модели является концепция когнитивного труда в сестринском деле.

Когнитивный труд является уникальной концепцией и существенной частью работы медсестер. Различные аспекты мышления медсестер рассматриваются с помощью таких концепций как, например, критическое и клиническое мышление, принятие клинических решений.

Об умственной нагрузке медицинской сестры свидетельствуют следующие данные:

В среднем медсестры обычно удерживают в своей рабочей памяти одновременно 15 приоритетов;
 медсестры переключают свое внимание каждые 6-7 минут;
 медсестры используют стратегию группировки задач, чтобы выполнить другие дела в ожидании врачей;
 медсестры готовят материалы для другого вида деятельности, продолжая работать в ожидании.

При оценке общей умственной нагрузки также учитываются перерывы, объединение задач и мыслей, а также управление постоянными требованиями.

Источник: Jackson J., Anderson J.E., Maben J. What is nursing work? A meta-narrative review and integrated framework // International Journal of Nursing Studies, 2021. Vol. 122

(Baltimore). 2019 Feb;98(8):e14417.

18. Mitchell BG, Ferguson JK, et al. Продолжительность пребывания и смертность, связанные с инфекциями мочевыводящих путей, связанными с оказанием медицинской помощи: многостатная модель. *J Hosp Infect.* 2016; **93** (1):92–99.

19. Parker V, Giles M, et al. Avoiding inappropriate urinary catheter use and catheter-associated urinary tract infection (CAUTI): a pre-post control intervention study. *BMC Health Serv Res.* 2017 May 2;17(1):314.

20. Roche S, Okeke R, Culhane J. Assessment of a Protocol for Reducing Indwelling Urinary Catheter Usage: Reduced Infection Without Increased Acute Kidney Injury. *Cureus.* 2024 Jul 1;16(7): e63578.

21. Rubi H, Mudey G, Kunjalwar R. Catheter-Associated Urinary Tract Infection (CAUTI). *Cureus.* 2022 Oct 17;14(10): e30385.

22. Stickler DJ. Clinical complications of urinary catheters caused by crystalline biofilms: something needs to be done. *J Intern Med.* 2014 Aug;276(2):120-9.

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ
«СПЕЦИАЛИСТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ»
2024, № 36

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