ISSN 2413-6271

2025, № 39

СПЕЦИАЛИСТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

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

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

Арьев А.Л., д.м.н., профессор кафедры гериатрии, пропедевтики и управления в сестринской деятельности им. Э.С. Пушковой ФГБОУ «СЗГМУ им. И.И. Мечникова»
Лаптева Е.С., к.м.н., зав.кафедрой гериатрии, пропедевтики и управления в сестринской деятельности им. Э.С. Пушковой 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. Пушковой ФГБОУ «СЗГМУ им. И.И. Мечникова»
Петрова А.И., к.м.н., доцент кафедры гериатрии, пропедевтики и управления в сестринской деятельности им. Э.С. Пушковой ФГБОУ «СЗГМУ им. И.И. Мечникова»
Сафонова Ю. А., д.м.н, профессор кафедры гериатрии, пропедевтики и управления в сестринской деятельности им. Э.С. Пушковой ФГБОУ «СЗГМУ им. И.И. Мечникова»
Петрова В.Б., к.м.н., доцент кафедры гериатрии, пропедевтики и управления в сестринской деятельности им. Э.С. Пушковой ФГБОУ «СЗГМУ им. И.И. Мечникова»
Аристидова С.Н., зав.уч.ч., ассистент кафедры гериатрии, пропедевтики и управления в сестринской деятельности им. Э.С.Пушковой ФГБОУ «СЗГМУ им. И.И. Мечникова»

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

Журнал выходит с 2013 г.

Спонсор выпуска –
ПРОО МР СПб

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

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

Оригинал-макет –
Цуцунава М.Р.
Онлайн версия журнала
доступна на сайте ПРОО МРСП
amspiter.ru

Журнал зарегистрирован Управлением Федеральной службы по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций по Северо-Западному федерального 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
2025, № 39

СПЕЦИАЛИСТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ®

АНАЛИТИКА

Цуцунава М.Р., Аристидова С.Н., Коновалова О.Ю., Кабакова Н.А.
СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО И COVID-19: УРОКИ И РЕКОМЕНДАЦИИ, ПОЛУЧЕННЫЕ В ХОДЕ ПАНДЕМИИ……..3

ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА

Петрова В.Б., Жердева И.В., Петрова А.И., Шумков В.А.
ОСОБЕННОСТИ СЕСТРИНСКОГО УХОДА ЗА ПАЦИЕНТАМИ ПОСЛЕ АМПУТАЦИИ КОНЕЧНОСТИ В РЕЗУЛЬТАТЕ ВОЕННО-ПОЛЕВОЙ ТРАВМЫ …….....9

ДОКАЗАТЕЛЬНАЯ МЕДИЦИНА

Цуцунава М.Р., Аристидова С.Н.
ДОКАЗАТЕЛЬНАЯ МЕДИЦИНА – О СТОМАТЕРАПИИ: ОТ РУТИННОГО УХОДА К ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМУ……..18

Цуцунава М.Р., Аристидова С.Н., Коновалова О.Ю., Кабакова Н.А.
ДОКАЗАТЕЛЬНАЯ МЕДИЦИНА – О РОЛИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ ИСМП……..24

Цуцунава М.Р., Аристидова С.Н.
ДОКАЗАТЕЛЬНАЯ МЕДИЦИНА - О РОЛИ РУКОВОДИТЕЛЕЙ СЕСТРИНСКИХ СЛУЖБ В СОДЕЙСТВИИ ВНЕДРЕНИЮ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ В СЕСТРИНСКУЮ ПРАКТИКУ……..28

СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО И COVID-19: УРОКИ И РЕКОМЕНДАЦИИ, ПОЛУЧЕННЫЕ В ХОДЕ ПАНДЕМИИ

Цуцунава М.Р., Аристидова С.Н., Коновалова О.Ю., Кабакова Н.А.

ФГБОУ «СЗГМУ им.И.И.Мечникова»

Аннотация

Пандемия COVID-19 стала серьёзным испытанием для медицинских работников. Медсестры, ухаживающие за пациентами, заразившимися COVID-19, столкнулись с рядом серьезных трудностей и проблем, как материальных, так и психологических. Учитывая вероятность будущих эпидемий и пандемий во всем мире, крайне важно изучить и собрать фактические данные об уроках и рекомендациях, полученных в ходе пандемии COVID-19, чтобы продолжить формирование устойчивой, стойкой и поддерживаемой рабочей силы.

Цель: собрать фактические данные об уроках и рекомендациях, полученных в ходе пандемии COVID-19

Методы: анализ тематических научных публикаций, размещенных в электронной базе Pubmed

Результаты: пандемия выявила низкий уровень психологической устойчивости медицинских сестер, отсутствие готовности к пандемии, незавершенный сестринский уход,

Выводы: необходимо переосмыслить подходы к обучению и подготовке медицинских работников, а также принять во внимание зарубежные практики профилактики, которые свидетельствуют о необходимости обмена опытом между клиническими и научными (образовательными) учреждениями для повышения эпидемиологической безопасности

Ключевые слова: сестринский уход, COVID-19, пандемия¸ не оказанный уход

2020 год вошел в историю как год глобальных потрясений, спровоцированных пандемией коронавирусной инфекции COVID-19. COVID-19 унес более 7 миллионов жизней по всему миру с момента своего появления в 2019 году. Хотя тяжесть заболевания варьировалась на протяжении всей пандемии, критические состояния, связанные с COVID-19, сохраняются. У перенесших критическое заболевание COVID-19 могут наблюдаться последствия как вируса SARS-CoV-2, так и долгосрочные последствия критического состояния, включаемые в синдром постреанимационной терапии [5].

Урок 1: стресс, негативное влияние работы на психическое состояние, низкий уровень психологической устойчивости

Медсестры, ухаживающие за пациентами, заразившимися COVID-19, столкнулись с серьезными трудностями в виде возросшей рабочей нагрузки, негативных исходов для пациентов и ограниченного доступа к системе социальной поддержки [16]. Это подтверждают научные данные, в частности, работа Muz G. и соавт. [14], посвященная опыту медсестёр, ухаживающих за пациентами с COVID-19, показала в качестве основных проблем для медсестер социальную изоляцию и одиночество, дилеммы и конфликты в профессиональной деятельности. Несмотря

на то, что медсестры чувствовали себя более уверенными в профессиональном плане, они нуждались в сотрудничестве и психологической поддержке со стороны сообщества и медицинского персонала. Предикторами этих переживаний были отсутствие организационной поддержки, увеличение рабочего времени и увеличение числа коллег, у которых был диагностирован COVID-19.

Уже в 2021 году было достаточно данных, свидетельствующих об ухудшении психического здоровья медицинских работников во время пандемии коронавируса. Как показывают исследования, по мере развития пандемии медсестры испытывали повышенный уровень тревожности, депрессии и посттравматического стресса, что в конечном итоге приводит к намерению уйти из профессии, если этого ещё не произошло. Как показало одно из исследований, 70% респондентов думали об уходе с работы из-за возросшего стресса на работе и неадекватной заработной платы [18].

Посттравматическое стрессовое расстройство было наиболее распространённым расстройством психического здоровья, о котором сообщали работники здравоохранения во время пандемии COVID-19, за ним следовали тревожность, депрессия и дистресс [17]. По данным одного метаанализа, совокупный показатель распространенности стресса среди работников здравоохранения во время пандемии составил 40%; кроме того, 30% работников здравоохранения испытывали тревожность, 28% испытывали выгорание, 24% страдали депрессией и 13% имели посттравматическое стрессовое расстройство [12].

Среди медицинских сестер общая распространённость эмоционального истощения составила 34,1%, деперсонализации — 12,6%, а чувства неудовлетворённости — 15,2%. Основными факторами риска были молодой возраст, снижение уровня социальной поддержки, недостаточная готовность семьи и коллег справляться со вспышкой COVID-19, повышенная воспринимаемая угроза COVID-19, более длительное пребывание в карантинных зонах, работа в условиях повышенного риска, работа в больницах с недостаточными материальными и человеческими ресурсами, повышенная нагрузка и более низкий уровень специальной подготовки по вопросам COVID-19 [9].

Кроме того, по данным Кузьмина К.В. и соавт., у врачей и средних медицинских работников был достаточно низкий уровень психологической устойчивости - неудовлетворительное состояние адаптированности к экстремальным ситуациям [1]. При этом показатели жизнестойкости медицинских работников, работающих на передовой, во всем мире в целом находились в диапазоне средних значений [3].

В этом контексте представляют интерес результаты работы Simic MR, Porter JE [18], в которой три года спустя после начала пандемии COVID-19 медсестры отделения интенсивной терапии (далее - ПИТ) рассказали о растущем негативном влиянии своей работы на их психическое здоровье и благополучие:

«*Иногда ты получаешь сообщение: „В отделении неотложной помощи два пациента с трубками, кто-нибудь может помочь?“ И это просто заставляет тебя чувствовать себя ужасно, потому что я могла бы пойти и помочь этим пациентам, но у меня есть семья…*».

Чтобы справиться с рабочей нагрузкой, которая вынуждала многих медсестёр ПИТ отказываться от ежегодного отпуска и работать дольше, они рассказывали, как заставляли себя подавлять многие свои проблемы с психическим здоровьем, которые в конечном итоге возвращались с ещё большей интенсивностью. «*Всё это как будто выплескивалось наружу и становилось совершенно невыносимым*».

Обсуждая не прекращающееся давление на работе, некоторым пришлось просто уйти из профессии:

«Я просто знаю, что если продолжу, то в итоге возненавижу профессию… или моё психическое или физическое здоровье ухудшится ещё сильнее. Последние несколько лет в профессии мне было очень трудно найти этот баланс».

Рассказывая о своих ощущениях, медсестры ПИТ отмечали:

«Я больше не выгораю, я в каком-то другом мире… Сейчас какое-то оцепенение, я больше не понимаю, что чувствую». При этом давление со стороны руководства, требующее работать дольше без передышки, было обескураживающим:

«Не думаю, что требование к людям работать сверхурочно полезно для их благополучия. Не знаю, стало ли всё это известно только благодаря COVID, или же это, вероятно, давняя проблема, и COVID лишь подчеркнул этот факт».

Медсёстрам ПИТ приходилось не только справляться с ухудшением своего физического и психического состояния, но и с уходом старших сотрудников и «потерей лидерских качеств» в отделении:

«*…ушло так много людей, что руководящего состава просто не хватает, чтобы хоть как-то безопасно управлять отделением. Это пугает…»*

С уходом старших сотрудников произошла потеря нужной людям уверенности со стороны руководителей отделения; сотрудники с меньшим опытом работы были обеспокоены тем, что им теперь предлагают, в частности, занимать руководящие должности. Это возросшее давление, вынуждающее занимать более высокие должности, «тяжелее сказывается на тех, кто остаётся, поскольку штат сотрудников становится гораздо моложе… я вижу, что руководство в отчаянии… это меня очень беспокоит…».

Потеря руководящего персонала не только повлияла на коллег, но и начала сказываться на уровне медицинской помощи. Медсёстры ПИТ обсуждали «некачественную помощь» и то, как это противоречило принципам профессии:

«*Вы хотите обеспечить пациентам наилучший уход, но, к сожалению, из-за нехватки персонала уход за пациентами просто отсутствует».*

Кадровый дефицит начал приводить к крайне неблагоприятным последствиям для пациентов. Медсёстры описали 3–4 случая за последние 2–3 недели, когда ситуация представляла угрозу для жизни, и это было связано с кадровым дефицитом и нехваткой ресурсов для решения таких проблем. Помимо кадрового дефицита медсёстры подчеркнули, что [руководство больницы] по-прежнему не допускает посетителей к пациентам, за исключением случаев, когда кто-то находится при смерти, у кого-то случился выкидыш или кому-то требуется помощь.

В связи с отсутствием внимания к «пациент-ориентированному уходу» медсестры ПИТ отметили:

«…Отсутствует эмпатия, сострадание... Это вызывает смешанные чувства и противоречит моей профессиональной этике».

На фоне продолжающегося разочарования из-за текущего состояния на отделении, медсестры стали больше концентрироваться на установлении границ между работой и личной жизнью. Существующая рабочая среда больше не была устойчивой:

«*Я определённо чувствовала, что обстановка становится еще более небезопасной, и я просто не хотела в этом участвовать ради собственной безопасности и безопасности моих пациентов… думаю, иногда нужно ставить себя на первое место».*

Медсёстры отметили, что сокращение рабочего времени или распределение времени между другими ролями способствовало их благополучию. Это давало медсёстрам «больше времени для других дел и поддержания порядка в доме», что в конечном итоге позволяло им чувствовать себя более уверенно:

«Я обнаружил, что совмещение нескольких ролей и возможность провести день-два, а то и два дня за две недели вдали от пациентов — это намного лучше для моего собственного баланса между работой и личной жизнью».

Медсёстры отметили, что они работают «на пределе своих возможностей». Некоторые признали, что «берут перерыв в клинической работе» и что «время от времени нужно делать перерыв и прислушиваться к своим ощущениям и реакции на работе». Медсёстры рассказали о

своих «механизмах преодоления трудностей», включая йогу, возможность социализации, прогулки с собакой и дружбу… как на рабочем месте, так и вне его. Общение на рабочем месте было ключом к тому, чтобы медсестра отделения чувствовала себя услышанной и ценимой:

«Теперь у сотрудников больше возможностей выразить своё мнение. Всякий раз, когда сотрудники поднимают вопросы, к ним относятся очень серьёзно… Так что, по крайней мере, между руководством и всеми сотрудниками налажено хорошее взаимодействие, чего не было до пандемии COVID».

Медсестры подчеркнули, что они не могут больше помогать своей организации, не нанося при этом значительного ущерба своему здоровью и благополучию. Видя, как коллеги уходят из профессии из-за выгорания, и как это сказывается на уходе за пациентами, они испытывают моральный стресс. Чтобы защитить собственное благополучие, медсестры ПИТ установили границы между собой и своей работой. При этом сохранилась некоторая неопределённость относительно их будущего в отделении и в профессии.

Рекомендации: изучение опыта руководителей сестринского дела в составлении графиков работы медсестёр во время пандемии COVID-19 показало наличие четырех тем: (i) кадровый дефицит, (ii) стратегический поиск способов восполнить кадровый дефицит, (iii) изменение графика смен и (iv) ожидание указаний от руководства и подчинение со стороны персонал Эффективное управление персоналом, его мобилизация и ротация, а также привлечение волонтёров — это стратегии, которые помогут восполнить нехватку рабочей силы во время пандемии. Посменная работа и достаточное количество выходных могут предотвратить заражение медсестёр и повысить соблюдение графика работы. Кроме того, необходима формула расчёта численности персонала, а руководителям сестринского дела рекомендуется давать указания старшим медсёстрам, чтобы избежать путаницы при составлении графика работы во время пандемии [19].

Урок 2: преемственность медицинской помощи, незавершенный сестринский уход

Вспышки инфекционных заболеваний исторически приводили к масштабным сбоям в предоставлении основных медицинских услуг [8]. Мировая пандемия COVID-19 затруднила поддержание устойчивости и преемственности оказания медицинской помощи учреждениями здравоохранения.

Преемственность оказания медицинской помощи – один из сложных организационных вопросов. При этом в период пандемии происходило ее переосмысление. Например, для поддержания непрерывности лечения и обмена информацией для не экстренных пациентов создавались телефонные горячие линии, управляемые врачами, которые включали сортировку с последующей немедленной консультацией со специализированным врачом [2]. Исследование показало, что во время пандемии телефонная горячая линия, укомплектованная врачами, осуществима и может быть использована инновационными способами для экономии медицинских ресурсов, поддержания непрерывности лечения и обслуживания пациентов, требующих неотложной помощи.

В работе о влиянии внедрения системы преемственности медицинской помощи на пациентов, перенесших эндопротезирование суставов во время пандемии COVID-19, был разработан план перехода от одного этапа лечения к другому, чтобы обеспечить пациентам уход в период между этапами лечения. Эксперимент показал, что в наблюдаемой (экспериментальной) группе были лучше налажены общая подготовка к самообслуживанию, письменное планирование, общение между врачом и пациентом, мониторинг состояния здоровья и качество перехода от одного этапа лечения к другому, чем в контрольной группе. Это улучшило восприятие пациентами качества сестринского ухода [22].

Проблемы с преемственностью оказания медицинской помощи повлияли на феномен незавершенного сестринского ухода [4]. Незавершенный (пропущенный) сестринский уход - это

уход, который был отложен, частично завершен или не завершен вообще. Категории пропущенного ухода включают: (a) коммуникация и обмен информацией; (b) самоуправление, автономия и образование, включая планирование ухода, планирование выписки и решение; (c) фундаментальный физический уход; и (d) эмоциональная и психологическая помощь, включая духовную поддержку. Факторы, связанные с пропущенным уходом, включают квалификационный уровень персонала и/или сочетание практических навыков, недоступность материальных ресурсов, остроту состояния пациента и командную работу/общение. Еще одним фактором является соотношение квалифицированных медсестер и пациентов и компетентность представителей профессии [21]. К последствиям отсутствия сестринского ухода относятся: снижение качества ухода за пациентами, удовлетворенность пациентов и удовлетворенность медсестер своей работой, увеличение числа нежелательных явлений у пациентов, а также организационные последствия увеличения продолжительности пребывания в больнице и повторных госпитализаций [6].

Рекомендации: эпидемия COVID-19 и феномен незавершенного сестринского ухода поставили новую задачу перед уходом за пациентами: изучить особенности ухода за пациентами с определенными проблемами, чтобы обеспечить им стандартизированный уход и минимизировать воздействие COVID-19. В частности, основой для реорганизации медицинской бригады для оказания помощи пациентам с COVID-19 стало управление, основанное на диалоге и обмене научно обоснованной информацией, а также внедрение нового протокола ухода [13].

Урок 3: готовность к пандемии, заражение COVID-19

Уровень смертности среди медсестёр был выше, чем среди врачей и других медицинских работников. Средний возраст умерших медсестёр составил 43 года, причём среди мужчин он был выше, чем среди женщин. Более высокие показатели смертности были зарегистрированы в службах, оказывающих помощь пациентам с COVID-19, домах престарелых и психиатрических центрах. Заражение и смертельные случаи объясняются отсутствием планирования и ненадлежащим использованием средств индивидуальной защиты [20].

Однако была отмечена и другая причина – отсутствие готовности к COVID-19. Как известно, допуск в очаги особо опасных инфекционных заболеваний предусматривает наличие соответствующих профессиональных компетенций, которые формируют готовность. Однако, работы по изучению готовности медсестер к COVID-19 [7] показали ее отсутствие. На отсутствие готовности повлияли отсутствие адекватной подготовки, инфраструктура, отсутствие средств индивидуальной защиты, отсутствие поддержки со стороны руководства.

Рекомендации: уже в 2020 году в ответ на вопрос, как избежать медицинскому работнику заражения вирусом, группа китайских ученых представила протокол надевания и снятия СИЗ и некоторые ключевые моменты сестринского ухода за пациентами с COVID-19, которым требуется интубация и вентиляция легких, профилактика венозной тромбоэмболии (ВТЭ), уход за пациентами на ЭКМО, уход за пациентами, которым требуется энтеральное питание, психологическая поддержка и сестринский уход в отделении интенсивной терапии COVID-19. В, частности, была предложена следующая схема:

«…медсестрам отделения интенсивной терапии носить два слоя медицинских шапочек, два слоя масок (маску 3M N95 1860 и хирургическую маску поверх N95), три слоя халатов, три слоя перчаток, более двух слоев бахил, защитные очки и защитную маску для лица. Если медсестре необходимо выполнить процедуру, которая может распространить мокроту или аэрозоль, следует надеть три слоя СИЗ, включая два халата и одну медицинскую защитную одежду. Халат на внешнем слое предназначен для защиты медицинской защитной одежды, чтобы избежать загрязнения биологическими жидкостями пациента и сохранить защитный эффект. Медицинская защитная одежда надевается поверх двух слоёв халата. Халат в составе медицинской защитной одежды предназначен для защиты медсестры от заражения при снятии одежды. Даже при ограниченных ресурсах медицинские работники имеют наилучшую индивидуальную защиту, снижающую тревожность и нервозность.

Для лучшей изоляции и предотвращения перекрестного заражения среди медицинских работников отделение интенсивной терапии COVID-19 было разделено на три отдельные зоны: чистую, буферную и зараженную. Был разработан протокол, определяющий, когда и как надевать СИЗ. Гигиена рук подразумевает мытье рук в течение 20 секунд. Дверную ручку следует продезинфицировать с помощью дезинфицирующего средства для рук перед тем, как персонал войдет в отделение интенсивной терапии, все медицинские работники должны надеть СИЗ в соответствии с протоколом в чистой зоне, выполнив следующие шаги: гигиена рук → надевание первой медицинской шапочки → надевание медицинской маски 3M 1860/9132 → надевание второй медицинской шапочки → надевание хирургической маски → надевание защитных очков → надевание первого слоя изоляционного халата → надевание первого слоя перчаток → надевание первого слоя бахил → надевание изоляционного защитного комбинезона → надевание второго слоя перчаток → надевание второго слоя бахил → надевание второго слоя халата → надевание третьего слоя перчаток → и, наконец, надевание защитного щитка для лица» [23].

Послесловие

Несмотря на то, что опыт ухода за пациентами с COVID-19 был непростым, непривычным и опасным для отдельных медсестёр [15], было установлено, что медсестры добросовестно выполняют свои обязанности, руководствуясь призванием и чувством ответственности. Более того, работа Khodaveisi M, Oshvandi K. и др. [10] показала высокий уровень мужества медицинских сестер, ухаживающих за пациентами с COVID-19 и усердно предоставляющих безопасный и высококачественный уход несмотря на многочисленные трудности и стрессы, связанные с уходом за этими пациентами.

Немаловажную роль в повышении уровня оптимизма и удовлетворенности жизнью медицинских сестер сыграли мотивационные сообщения. Согласно результатам исследования Köse S, Gezginci E. и др. [11], мотивационные сообщения в виде SMS, отправленные медсестрам отделений интенсивной терапии во время пандемии в течение 21 дня, повысили их уровень оптимизма и удовлетворённости жизнью, а также снизили уровень безысходности.

Список использованной литературы

1. Кузьмин К.В., Набойченко Е.С. и др. Состояние психологического здоровья врачей и медсестер, занятых в лечении и уходе за коронавирусными больными // Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие. 2021. №3 (34).
2. Arafa M, El Ansari W, Qasem F, et al. Reinventing Patient Support and Continuity of Care Using Innovative Physician-staffed Hotline: More than 60,000 Patients Served Across 15 Medical and Surgical Specialties During the First Wave of COVID-19 Lockdown in Qatar. J Med Syst. 2023 Jul 19;47(1):77.
3. Baskin RG, Bartlett R. Healthcare worker resilience during the COVID-19 pandemic: An integrative review. J Nurs Manag. 2021 Nov;29(8):2329-2342.
4. Bayram A, Chiappinotto S, Palese A. Unfinished nursing care in healthcare settings during the COVID-19 pandemic: a systematic review. BMC Health Serv Res. 2024 Mar 19;24(1):352.
5. Cagino L, Seagly K, Noyes E, et al. Outcomes and Management After COVID-19 Critical Illness. Chest. 2024 May;165(5):1149-1162.
6. Chaboyer W, Harbeck E, Lee BO, Grealish L. Missed nursing care: An overview of reviews. Kaohsiung J Med Sci. 2021 Feb;37(2):82-91.
7. Crowley T, Kitshoff D, De Lange-Cloete F, et al. Primary care nurses' preparedness for COVID-19 in the Western Cape province, South Africa. Afr J Prim Health Care Fam Med. 2021 May 28;13(1):e1-e8.
8. Czerniewska A, Sharkey A, Portela A, et al. National COVID-19 preparedness and response plans: a global review from the perspective of services for maternal, newborn, child and adolescent health and older people. BMJ Glob Health. 2024 Mar 4;9(3):e013711.
9. Galanis P, Vraka I, Fragkou D, et al. Nurses' burnout and associated risk factors during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. J Adv Nurs. 2021 Aug;77(8):3286-3302.
10. Khodaveisi M, Oshvandi K, Bashirian S, et al. Moral courage, moral sensitivity and safe nursing care in nurses caring of patients with COVID-19. Nurs Open. 2021 Nov;8(6):3538-3546.
11. Köse S, Gezginci E, Göktaş S, Murat M. The effectiveness of motivational messages to intensive care unit nurses during the COVID-19 pandemic. Intensive Crit Care Nurs. 2022 Apr; 69:103161.
12. Labrague LJ. Psychological resilience, coping behaviours and social support among health care workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review of quantitative studies. J Nurs Manag. 2021 Oct;29(7):1893-1905.
13. Lima GRG, Albuquerque GMA, Amaral TLM и др. Сестринский уход за пациентами с COVID-19, находящимися на

гемодиализе и в положении лежа: отчет об опыте. Редакция Esc Enferm USP. 2021, 20 октября;55
14. Muz G, Erdoğan Yüce G. Experiences of nurses caring for patients with COVID-19 in Turkey: A phenomenological enquiry. J Nurs Manag. 2021 Jul;29(5):1026-1035.
15. Oh H, Lee NK. [A Phenomenological Study of the Lived Experience of Nurses Caring for Patients with COVID-19 in Korea]. J Korean Acad Nurs. 2021 Oct;51(5):561-572. Korean.
16. Riedel B, Horen SR, Reynolds A, Hamidian Jahromi A. Mental Health Disorders in Nurses During the COVID-19 Pandemic: Implications and Coping Strategies. Front Public Health. 2021 Oct 26; 9:707358.
17. Saragih ID, Tonapa SI, Saragih IS, et al. Global prevalence of mental health problems among healthcare workers during the Covid-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. Int J Nurs Stud. 2021 Sep; 121:104002.
18. Simic MR, Porter JE, Peck B, Mesagno C. "I Just Know if I Keep Going, I'll End Up Hating Nursing." Lived Experiences of Emergency Nurses Three Years into the Global COVID-19 Pandemic. J Emerg Nurs. 2024 May;50(3): 425-435.
19. Sugianto KMS, Hariyati RTS, Pujasari H, et al. Nurse workforce scheduling: A qualitative study of Indonesian nurse managers' experiences during the COVID-19 pandemic. Belitung Nurs J. 2022 Feb 22;8(1):53-59.
20. Vera-Alanis Y, Aranda-Sanchez D, Cano-Verdugo G, et al. Nursing Staff Mortality During the Covid-19 Pandemic, Scoping Review. SAGE Open Nurs. 2022 Aug 17; 8:23779608221119130.
21. von Vogelsang AC, Göransson KE, Falk AC, Nymark C. Missed nursing care during the COVID-19 pandemic: A comparative observational study. J Nurs Manag. 2021 Nov;29(8): 2343-2352.
22. Xu, Yp., Zhao, Py., Bai, Yt. *et al.* The effect of care transition pathway implementation on patients undergoing joint replacement during the COVID-19 pandemic: a quasi-experimental study from a tertiary care hospital orthopedic department in Beijing, China. *J Orthop Surg Res* **16**, 356 (2021).
23. Yuan L, Chen S, Xu Y. Donning and doffing of personal protective equipment protocol and key points of nursing care for patients with COVID-19 in ICU. Stroke Vasc Neurol. 2020 Sep;5(3):302-307.

ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА

ОСОБЕННОСТИ СЕСТРИНСКОГО УХОДА ЗА ПАЦИЕНТАМИ ПОСЛЕ АМПУТАЦИИ КОНЕЧНОСТИ В РЕЗУЛЬТАТЕ ВОЕННО-ПОЛЕВОЙ ТРАВМЫ

Петрова В.Б., Жердева И.В., Петрова А.И., Шумков В.А.

ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России

Аннотация

Во время военных конфликтов военнослужащие и гражданские лица могут получить травмы, приводящие к потере конечностей (ампутации). Ампутация конечности — это травмирующее событие, имеющее глубокие физические и психологические последствия для любого человека, особенно для военнослужащих, получивших тяжелые ранения на поле боя. Потеря конечности не только изменяет физические возможности человека, но и ставит перед ним сложные задачи адаптации к новому образу жизни. В этом процессе ключевую роль играет сестринский уход, который начинается сразу после операции и продолжается на протяжении всего периода восстановления и реабилитации.

Сестринский уход за культей — оставшейся частью ампутированной конечности — требует от медицинских сестер не только профессиональных знаний и навыков, но и глубокого понимания особенностей восстановительного процесса после ампутации. Это включает в себя мониторинг за состоянием раны, профилактику осложнений, управление болевым синдромом, обучение уходу за культей и подготовку к использованию протеза, помощь в психологической адаптации пациента.

Уникальные вызовы, стоящие перед медицинскими сестрами в уходе за ампутированными конечностями в результате военно-полевой травмы, требуют индивидуального подхода, учитывающего как физиологические, так и эмоциональные потребности пациента. От эффек-

тивности сестринского ухода в значительной степени зависит не только физическое, но и психологическое восстановление пациента, его способность принять новую реальность и адаптироваться к жизни после ампутации.

В статье рассматриваются способы психологической поддержки и особенности сестринского ухода за культей после ампутации конечности в результате военно-полевой травмы. Эта информация будет полезна медицинским сестрам, работающим в военных госпиталях и реабилитационных центрах, а также всем специалистам, занимающимся восстановлением пациентов после ампутации конечностей.

Ключевые слова: сестринский уход, ампутация конечности, военно-полевая травма

Военные действия всегда сопряжены с риском серьезных травм, которые могут привести к потере конечности. Военно-полевые условия вносят особую специфику в характер травм. В условиях боевых действий травмы конечностей можно классифицировать по характеру повреждения: 1) *изолированные травмы* — повреждение одной анатомической области (например, только конечности); 2) *множественные травмы* — повреждения нескольких областей одной системы (например, травмы обеих ног); 3) *сочетанные травмы* — повреждения нескольких систем организма (например, травмы конечности вместе с повреждением органов грудной клетки, головы или живота) [1].

В условиях военных действий наиболее частыми источниками травм являются взрывные устройства, огнестрельное оружие, шрапнель и тяжелая техника. Эти поражающие факторы способны вызывать как поверхностные, так и глубокие повреждения конечностей. *Огнестрельные травмы* в боевых условиях часто приводят к тяжелым повреждениям тканей, артерий и костей. В зависимости от типа пули (осколочная, разрывная, бронебойная) травма может быть, как ограниченной, так и сопровождающейся полным разрушением конечности. *Взрывные травмы* являются одной из наиболее распространенных причин ампутации в военных условиях. Взрывы создают множество поражающих агентов: осколки, шрапнель, волны давления и термическое воздействие. В результате взрыва может произойти частичная или полная ампутация конечности на месте или возникнуть необходимость ее хирургического удаления. *Осколочные ранения* возникают при взрывах снарядов, бомб и гранат. Шрапнель, как правило, поражает мягкие ткани и кости, вызывая множественные глубокие ранения и разрушения. Военные операции часто включают использование тяжелой техники (танки, бронетранспортеры), что может привести к серьезным травмам конечностей в результате наезда или сдавливания [1,2,4].

В условиях поля боя инфекция является серьезной угрозой. Загрязненные раны, невозможность срочного медицинского вмешательства и антисанитарные условия способствуют развитию тяжелых инфекций, таких как гангрена, которые требуют удаления пораженной конечности для спасения жизни.

При боевых действиях медицинская помощь часто оказывается с задержкой, что усложняет процесс лечения тяжелых ран и ампутаций. Первичная хирургическая обработка (ПХО) раны — это неотложная хирургическая процедура, направленная на предотвращение инфекционных осложнений, улучшение условий для заживления тканей и подготовки к окончательной ампутации, если она необходима. В военно-полевых условиях ПХО проводится как можно быстрее после эвакуации пострадавшего, чтобы минимизировать риск развития инфекции и других осложнений [2,4].

Первым этапом является оценка общего состояния пострадавшего и определение объема повреждений. Это включает оценку кровообращения, дыхания, уровня сознания и определения объема потери крови. При необходимости проводится срочная стабилизация состояния пациента: наложение жгута, восстановление дыхательной проходимости, введение обезболивающих

средств и кровезаменителей. Перед обработкой раны проводится адекватное обезболивание, которое может включать местную анестезию, регионарные блоки или, в тяжелых случаях, общую анестезию. Это важно, как для снятия болевого шока, так и для успешного проведения манипуляций. В случае значительной потери крови и продолжающегося кровотечения важной задачей является его окончательная остановка. Для этого выполняется наложение жгута или давящих повязок, перевязка крупных поврежденных сосудов для предотвращения дальнейшей кровопотери, удаление нежизнеспособных тканей [2].

Основной этап ПХО — это дебридмент (удаление нежизнеспособных тканей). Все разрушенные, некротизированные ткани, костные фрагменты и инородные тела (осколки, фрагменты одежды, грязь) тщательно удаляются. Этот этап необходим для предотвращения развития инфекционных осложнений, таких как анаэробная инфекция или гангрена. При обширных травмах конечности, которые невозможно восстановить, проводится радикальная ампутация. Важно, чтобы ампутация проводилась на уровне здоровых тканей, чтобы избежать дальнейшего распространения некроза или инфекции. Если ампутация была частичной или произошла самостоятельно на поле боя (например, при взрыве), хирург завершает процесс ампутации, удаляя поврежденные участки и формируя культи конечности [1,4].

После ампутации хирург формирует культю, которая в будущем будет использоваться для возможного протезирования. Формирование культи включает: подготовку мягких тканей для закрытия раны, удаление острых костных фрагментов, чтобы предотвратить их повреждение мягких тканей в дальнейшем, дренирование и закрытие раны.

В ряде случаев культу оставляют открытой для повторной ревизии (метод "открытой ампутации"). После проведения дебридмента и дренирования, рану закрывают первичным или отсроченным швом, в зависимости от состояния раны и риска инфекции. В военно-полевых условиях чаще прибегают к отсроченному наложению швов, чтобы позволить ране очищаться от возможной инфекции и предотвратить осложнения [2,4].

После ПХО обязательным этапом является назначение широкого спектра антибиотиков для профилактики инфекций, таких как столбняк, анаэробная инфекция или сепсис. Рану также продолжают обрабатывать антисептическими средствами до окончательного заживления. В некоторых случаях первичной обработки может быть недостаточно для предотвращения осложнений, особенно в условиях загрязненных боевых ран. Туалет ран и повторная хирургическая обработка проводятся через 24-48 часов после ПХО для оценки состояния раны и предотвращения инфицирования [1].

После успешного формирования культи и её заживления начинается подготовка к протезированию. Важно максимально быстро вернуть пациенту подвижность и адаптировать его к новым условиям жизни.

Особенности сестринской помощи при ведении пациентов с ампутацией в условиях стационара

Основными компонентами сестринской помощи при ведении пациентов с ампутацией являются: 1) обезболивание и контроль за состоянием послеоперационной раны; 2) профилактика осложнений, таких как инфекция или пролежни; 3) обучение пациента использованию протеза и улучшение подвижности; 4) психологическая поддержка для адаптации к новым условиям жизни; 5) информирование семьи о правильном уходе и адаптации пациента (таблица 1).

Ампутация — это операция, сопровождающаяся сильной болью, и медицинская сестра должна следить за тем, чтобы пациент получал адекватное обезболивание. Она не только контролирует введение препаратов, но и оценивает их эффективность, для адекватной коррекции обезболивающей терапии лечащим врачом. Особенно сложной задачей для сестринского персонала становится управление *фантомными болями* — явлением, когда пациент продолжает ощущать боль в уже отсутствующей конечности. Здесь важна не только медикаментозная терапия, но и психологическая поддержка, ведь пациенту бывает трудно осознать природу этих болей.

Ощущение жжения, покалывания или сдавления в отсутствующей конечности может длиться месяцами, а иногда и годами, становясь серьезным испытанием для психики и физического состояния пациента. Медицинская сестра играет ключевую роль в борьбе с этим недугом, начиная с оценки болевого синдрома. Используя визуальную аналоговую шкалу (ВАШ), она определяет интенсивность и характер боли, фиксируя, что усиливает или ослабляет ощущения. Эта информация становится основой для индивидуального плана обезболивания, разработанного совместно с врачом.

Медикаментозное лечение фантомных болей включает назначение нестероидных противовоспалительных препаратов, антиконвульсантов, таких как габапентин, или даже опиоидных анальгетиков в тяжелых случаях. Медицинская сестра строго контролирует прием препаратов, следит за дозировкой и возможными побочными эффектами, а также обучает пациента важности соблюдения назначений врача. Однако медикаменты — это лишь часть решения. Немедикаментозные методы, такие как массаж культи, прогревание или зеркальная терапия, где отражение здоровой конечности создает иллюзию движения утраченной, могут существенно облегчить состояние. Медицинская сестра обучает пациента техникам самомассажа и дыхательным упражнениям, которые помогают снизить напряжение и улучшить кровообращение, а также мотивирует его к умеренной физической активности, которая способствует уменьшению боли [2].

Таблица 1. Уход медицинской сестры за культей ампутированной конечности пациента в раннем послеоперационном периоде

Направление ухода	**Конкретные действия медицинской сестры**
Контроль состояния культи и профилактика осложнений	- Оценка окраски кожи, температуры, наличия отёка, кровоизлияний, выделений - Измерение температуры тела, АД, пульса, объема дренажных выделений - Соблюдение правил асептики и антисептики при перевязках - Проведение перевязок только стерильными инструментами по назначению врача - Раннее выявление признаков ишемии и инфекции: покраснение, усиливающийся отёк, гнойные выделения, боль
Обработка культи	- Проведение перевязок ежедневно или по показаниям - Использование антисептиков (хлоргексидин, мирамистин), стерильных повязок - Применение мазевых/гелевых повязок при воспалении - Бинтование с лёгким давлением от периферии к центру для формирования правильной формы культи
Обезболивание и комфорт пациента	- Контроль приёма обезболивающих - Регистрация жалоб на фантомные боли - При необходимости — сообщение врачу для коррекции терапии - Эмоциональная поддержка пациента, снижение тревожности
Обучение и психологическая поддержка	- Объяснение пациенту правил ухода за культей - Организация взаимодействия пациента с врачом, психологом, физиотерапевтом, протезистом - Мотивация и обсуждение будущей реабилитации и протезирования

Уход за культей ампутированной конечности требует тщательности и внимания к деталям. Смена повязок, обработка раны и предотвращение инфекции становятся повседневной работой медицинской сестры. Она регулярно оценивает, как заживает рана, нет ли признаков инфекции, таких как покраснение, гнойные выделения или повышение температуры [3].

Важным моментом является наблюдение и правильное наложение бандажа (эластичное бинтование) на культю конечности. Медицинская сестра должна контролировать состояния мягкой повязки культи (необходимо следить, чтобы бандаж был сухой и надежно изолировала рану от окружающей среды, попадание на повязку мочи, кала, воды из грелок может стать причиной нагноения); следить за состоянием кровообращения в поврежденной конечности (при тугом бандаже у пациента появляется фантомная боль в конечности, увеличивается отек, цианоз). Бандаж нужно периодически снимать, проверять рубцы и цвет кожи. Свободный бандаж будет неэффективным, при этом перетягивать культю тоже не стоит, так как это может повредить ткани.

Важно туго затянуть именно конец культи, чтобы избежать отёка и построения неправильной формы культи. Фиксировать бандаж необходимо клейкой лентой, а не металлическими предметами. Дезинфекция бинта проводится ежедневно. Медицинская сестра должна проводить обучение больного приемам самоухода (обработка и бинтование культи, всегда обрабатывать руки до и после прикосновения к послеоперационному шву), самопомощи для перемещения. Правильное наложение бинта помогает уменьшить отек, сформировать цилиндрическую или коническую форму культи и улучшить кровообращение, что особенно важно для подготовки к протезированию. Медицинская сестра должна не только сама выполнять эту процедуру (таблица 2), но и обучить ей пациента и его семью, объясняя, как равномерно распределять давление, избегая излишнего сжатия, которое может нарушить кровоток. Регулярное бинтование, смена бинтов 2–3 раза в день и контроль за состоянием кожи под ними — это залог успешной подготовки культи к следующему этапу реабилитации.

Таблица 2. Основные принципы эластичного бинтования культи

Аспект	Рекомендации
Выбор бинта	• Использовать эластичные бинты **средней или высокой растяжимости**. • **Длина бинта**: должна быть достаточной (несколько метров) • **Ширина бинта**: **10–15 см** для равномерного распределения давления.
Подготовка	• Убедиться, что кожа **чистая и сухая**. • При наличии раздражения или повреждений — **консультация врача**. • Положение пациента: **сидя или лежа** (мышцы расслаблены).
Техника наложения	1. **Начало бинтования**: с **дистального** конца культи → продвижение к **проксимальному**. 2. **Давление**: - Первые туры — **умеренное натяжение** для фиксации; - **Перекрытие туров на 50–70%**; - **Более сильное давление в дистальной части** (для профилактики отека). 3. **Форма культи**: - Стремиться к **цилиндрической или конической** форме; - Избегать складок и неровностей. 4.**Фиксация**: - Использовать **зажимы или липкую ленту**; - Проверить, чтобы бинт **не сползал** и не вызывал дискомфорта.
Контроль состояния культи	После бинтования медицинская сестра должна проверить состояние культи. Признаки правильного бинтования: - Кожа культи теплая на ощупь, без признаков цианоза (посинения).

Аспект	Рекомендации
	- Пациент не испытывает онемения, покалывания или усиления боли. - Бинт плотно прилегает к культе, но не вызывает ощущения сдавления.

Медсестра должна проинформировать пациента как проводиться мытье в душе в более позднем периоде, когда уже не нужно держать рану сухой, в том числе, как мыть культю. Медицинская сестра объясняет, что для мытья культи следует использовать теплую воду и мягкое мыло без агрессивных химических добавок. После мытья кожу необходимо тщательно высушить мягким полотенцем, избегая трения, которое может вызвать повреждение тканей. Особое внимание уделяется участкам между складками кожи, где может скапливаться влага, создавая благоприятную среду для размножения бактерий.

Важно при мытье культи не опускать разрез под воду, например, в ванну, бассейн или озеро (это может замедлить заживление и повысить риск заражения инфекцией). Медицинская сестра должна обучать пациента о техниках наложения повязки и способах нанесения на шов мази с антибиотиком в зависимости от назначений врача. Медицинская сестра должна донести до пациента и его близких, что соблюдение гигиены и регулярный контроль состояния культи — это не просто рекомендации, а необходимые меры для предотвращения инфекций, некроза тканей и других осложнений. Важно подчеркнуть, что от качества ухода зависит не только скорость заживления, но и успешность дальнейшей реабилитации, включая протезирование. Важные аспекты ухода в позднем послеоперационном периоде – см. в Таблице 3.

Особое внимание уделяется уходу за кожей вокруг культи. После ампутации кожа может стать более чувствительной, склонной к сухости, раздражению или аллергическим реакциям. Медицинская сестра рекомендует использовать увлажняющие и защитные средства, такие как кремы на основе пантенола или ланолина, которые помогают поддерживать эластичность кожи и предотвращают образование трещин. Если пациент планирует использовать протез, важно объяснить, как правильно подготовить кожу к ношению протеза, чтобы избежать опрелостей и пролежней [3].

Таблица 3. Сестринский уход за культей ампутированной конечности пациента в позднем послеоперационном периоде

НАПРАВЛЕНИЕ УХОДА	КОНКРЕТНЫЕ ДЕЙСТВИЯ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ
Формирование функциональной культи	- Продолжение бинтования или использование компрессионного чехла/бинта - Контроль состояния кожи: отсутствие мацерации, пролежней, раздражения - Щадящий уход за кожей: антисептическая обработка, лёгкий самомассаж
Физиотерапия и двигательная активность	- Содействие в выполнении ЛФК и профилактике контрактур - Обучение пациента гигиеническим навыкам и самостоятельному передвижению - Поддержка при освоении костылей или ходунков
Обучение самообслуживанию	- Обучение гигиене культи - Демонстрация правильного бинтования или использования компрессионных бинтов - Осмотр культи на предмет ссадин, трещин, воспалений
Подготовка к протезированию	- Информирование о сроках и этапах протезирования - Мотивация к формированию устойчивой культи - Содействие в коммуникации с протезистом и командой реабилитации

Также значимой частью ухода становится *профилактика образования контрактур*. Для этого медицинская сестра следит за правильным положением культи и конечности в целом, рекомендует упражнения и помогает пациенту выполнять их. Контрактуры — это одно из самых частых осложнений после ампутации, и их предотвращение напрямую зависит от правильно организованного ухода в первые дни после операции.

Психологическая поддержка после ампутации часто становится не менее важной задачей для медсестры. В условиях военных действий, когда пациент сталкивается с потерей части тела, а также с возможностью изменения своей роли в жизни, поддержка со стороны медицинского персонала крайне важна. Ампутация — это не только физическая травма, но и глубокий психологический кризис, который проходит через несколько стадий: шок, отрицание, гнев, депрессия и, наконец, принятие. На каждом из этих этапов медицинская сестра должна быть рядом, проявляя эмпатию и терпение. В первые дни после операции пациент может отрицать случившееся, казаться отстраненным или даже утверждать, что конечность все еще на месте. Здесь важно создать атмосферу безопасности, мягко напоминая о реальности, но не давя на пациента. "Вам нужно время, чтобы осмыслить это, и мы здесь, чтобы помочь," — такие слова помогают пациенту почувствовать поддержку.

На стадии гнева пациент может винить себя, врачей или обстоятельства. Медицинская сестра должна уметь справляться с агрессией, не принимая ее на свой счет, и направлять эмоции в конструктивное русло. "Я вижу, что вы злитесь, и это нормально. Давайте обсудим, как я могу помочь," — такие фразы помогают пациенту почувствовать, что его эмоции принимаются. На этапе депрессии, когда пациент может утратить интерес к жизни, медицинская сестра должна предлагать небольшие, достижимые цели, подчеркивая даже малейшие успехи: "Сегодня вы самостоятельно наложили повязку — это большой шаг!"

Ключевым элементом психологической поддержки является активное слушание. Пациент должен чувствовать, что его страхи и переживания важны. Медицинская сестра создает доверительную атмосферу, используя мотивирующие фразы, такие как: "Вы сильнее, чем думаете," или "Каждый день — это новый шаг к восстановлению." Эти слова помогают пациенту поверить в свои силы и увидеть перспективу [6,7].

Таблица 4. Фразы для медицинских сестер, которые можно использовать для мотивации и поддержки пациентов с ПТСР

Ситуация	Рекомендованные фразы для медицинских работников
Мотивация пациента после ампутации конечности	«Я вижу, как вы стараетесь, и это уже большая победа. Вы на правильном пути.»
	«Каждый шаг, который вы делаете, приближает вас к лучшему будущему. Вы не одиноки в этом. Многие люди проходят через подобное и находят силы двигаться вперед»
	«Важно дать себе время, но вы обязательно адаптируетесь.»
	«Изменения требуют времени, но каждый день – это новый шаг вперед.»
Помощь пациенту в принятии нового состояния	«Вы не одни в этом пути. Мы здесь, чтобы поддержать вас.»
	«Ваше тело изменилось, но ваша ценность как личности осталась неизменной.»

	«Я здесь, чтобы помочь вам. Ваши эмоции совершенно нормальны, и вместе мы справимся.» «Давайте попробуем сделать глубокий вдох и выдох. Это поможет вам почувствовать себя спокойнее»
Поддержка пациента с тревожностью	«Позвольте себе чувствовать все эмоции, это часть процесса.» «Сейчас вы чувствуете тревогу, но это временно. Давайте сосредоточимся на том, что можно сделать прямо сейчас»
	«Вы можете говорить о своих переживаниях, я вас выслушаю.» «Вы можете сказать мне, что вас беспокоит? Мы вместе найдем способ справиться с этим»
Работа с пациентом, страдающим депрессией	«Я понимаю, что это сложное время для вас. Давайте вместе обсудим, как я могу вас поддержать.»
	«Даже небольшие шаги вперед – это движение к лучшему.»
	«Вы важны. Ваше здоровье и благополучие – наша забота.»
	«Вы в безопасности. Здесь никто не причинит вам вреда.»
Коммуникация с пациентом с ПТСР	«Говорите о том, что вам комфортно. Я вас поддержу.»
	«Я уважаю ваше пространство и ритм. Вы не обязаны говорить, если не готовы.»
Поддержка пациента во время протезирования	«Освоение протеза – это процесс, и я здесь, чтобы помочь вам сделать его комфортным и успешным.»
	«Важно пробовать и искать, что подходит именно вам.»
	«Я помогу вам на каждом этапе адаптации.»
	«Вы способны на многое, и я помогу вам обнаружить, какие новые возможности у вас есть.»
Укрепление уверенности пациента в своей независимости	«Каждый день – это возможность научиться чему-то новому. Мы делаем все шаг за шагом. Не нужно торопиться-важно, чтобы Вам было комфортно»»
	«Вы сильнее, чем думаете.»
Поддержка пациента при выраженных страхах и навязчивых воспоминаниях	«Если вам страшно или тревожно, просто скажите мне. Мы найдем способ сделать ситуацию легче.»
	«Глубокое дыхание поможет справиться с напряжением.»
	«Я рядом, чтобы помочь вам почувствовать себя в безопасности.»
Установление доверия с пациентом после травмы	«Ваши чувства абсолютно естественны. Я здесь, чтобы поддержать вас.»
	«Ваше восстановление – это путь, и мы пройдем его вместе.»
	«Я уважаю ваш опыт и вашу силу.»

Пациенты, пережившие ампутацию в результате военных действий, нередко сталкиваются с посттравматическим стрессовым расстройством (ПТСР). Симптомы ПТСР — навязчивые воспоминания, тревожность, нарушения сна (бессонница, кошмары) или социальная изоляция — могут серьезно осложнить реабилитацию. Медицинская сестра должна быть внимательной к этим признакам, замечая, если пациент внезапно замыкается, выглядит испуганным или избегает общения. "Вы в безопасности, я рядом," — такие слова помогают вернуть пациента в реальность.

Общение с пациентами с ПТСР требует особой деликатности (таблица 4). Важно избегать давления на обсуждение травмирующих событий и создавать предсказуемую, спокойную атмосферу. Медицинская сестра может предложить техники релаксации, такие как глубокое дыхание, или вовлечь пациента в легкую физическую активность, которая помогает снизить тревожность. Взаимодействие с психологами и реабилитологами в рамках междисциплинарного подхода усиливает эффективность ухода, позволяя комплексно решать проблемы ПТСР.

Как только состояние пациента стабилизируется, начинается этап реабилитации. Медсестра активно участвует в процессе *физической реабилитации,* помогая пациенту выполнять упражнения для укрепления мышц и подготовки культи к возможному протезированию. Этот этап требует терпения и настойчивости, ведь пациенту приходится учиться новым навыкам и восстанавливать подвижность.

Кроме того, медицинская сестра играет важную роль в подготовке пациента к протезированию. Протезирование — это не просто восстановление утраченной функции, но и возвращение пациента к активной жизни. Однако этот процесс требует тщательной подготовки, в которой медицинская сестра играет центральную роль. Начинается он с формирования правильной формы культи с помощью эластичного бинтования и лечебной физкультуры. Упражнения, направленные на укрепление мышц и улучшение подвижности суставов, помогают подготовить культю к нагрузкам, которые возникнут при ношении протеза. Медицинская сестра обучает пациента этим упражнениям, следит за их правильным выполнением и постепенно увеличивает интенсивность нагрузки.

Первые попытки использования протеза часто сопровождаются страхом, неуверенностью и даже болью. Здесь медицинская сестра становится не только инструктором, но и источником эмоциональной поддержки. Она помогает пациенту освоить базовые навыки: правильно надевать протез, распределять нагрузку, сохранять равновесие. Простые действия, такие как стояние, ходьба с поддержкой или подъем по лестнице, требуют терпения и последовательности. "Вы делаете огромный шаг вперед, даже если он кажется маленьким," — такие слова медицинской сестры могут вдохновить пациента продолжать, несмотря на трудности. После того как протез установлен, медсестра помогает пациенту освоить его использование, следит за состоянием кожи вокруг культи и контролирует, нет ли признаков воспаления или раздражения.

Профилактика осложнений является важной частью ухода за такими пациентами. Медсестра следит за состоянием кожных покровов, проводит регулярные гигиенические процедуры, предотвращает образование язв или потертостей на месте контакта культи с протезом. Также она контролирует выполнение пациентом назначенных упражнений и соблюдение режима для предотвращения тромбозов, гипостатической пневмонии и других осложнений [4].

Таким образом, сестринская помощь пациентам с ампутацией у военных — это многослойный и комплексный процесс, требующий, как медицинских, так и психологических знаний. Сестринский уход за пациентами после ампутации конечности в результате военно-полевой травмы — это искусство, сочетающее профессионализм и глубокую эмпатию. Медицинские сестры становятся для пациентов не просто медицинскими работниками, но и наставниками, мотиваторами и помощниками на пути к восстановлению. От тщательного ухода за культей до поддержки в борьбе с фантомными болями, от подготовки к протезированию до помощи в преодолении психологических барьеров — их работа охватывает все аспекты реабилитации. Они учат пациентов не только ухаживать за собой, но и находить в себе силы двигаться вперед, несмотря на боль и утрату. Каждая перевязка, каждое ободряющее слово, каждый шаг, сделанный вместе с пациентом, — это вклад в его новую жизнь, полную возможностей и надежды. Благодаря усилиям медицинской сестры, пациенты могут вернуться к полноценной жизни и преодолеть все трудности, связанные с потерей конечности.

Список литературы

1. Военно-полевая хирургия: учебник. / Под ред. Е.К. Гуманенко. 2-е изд., испр. и доп. 2016. - 768 с.
2. Возможности обезболивания и иммобилизации при повреждениях и заболеваниях опорно-двигательного аппарата. - М.: Сам Полиграфист, 2012. - 248 с.
3. Григоренко Н.И. "Сестринский уход за пациентами с ампутацией конечности". Медицинские технологии. 2019. № 5. С. 78-82.
4. Указания по военно-полевой терапии / Министерство обороны Российской Федерации главное военно-медицинское управление изд-во «Медиздат-СПб», 2019 – 464 с
5. Патологическая анатомия боевых поражений и их осложнений / С.А.Повзун, Н.Д.Клочкова, М.В.Рогачева и др. — Санкт-Петербург: 2002. — 179 с.
6. Авдиенко, Г. Ю. Психологическая коррекция и реабилитация участников боевых действий: учебник и практикум для вузов / Г. Ю. Авдиенко. — Москва: Издательство Юрайт, 2023. - 299 с.
7. Караяни А.Г. Психологическая реабилитация участников боевых действий. - Москва: 2003. - 80 с.

ДОКАЗАТЕЛЬНАЯ МЕДИЦИНА

ДОКАЗАТЕЛЬНАЯ МЕДИЦИНА – О СТОМАТЕРАПИИ: ОТ РУТИННОГО УХОДА К ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМУ

Цуцунава М.Р., Аристидова С.Н.

ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова

АННОТАЦИЯ

Медсестры должны играть ключевую роль на всех этапах ухода за пациентами со стомой, помогая им адаптироваться к новым физическим и психологическим условиям, начиная с предоперационного этапа и заканчивая профилактикой поздних осложнений, связанных со стомой. Уход за пациентами со стомой требует передовых навыков и доверительных отношений.

Цель: Обобщить опубликованные в настоящем данные относительно научно-доказанных подходов к уходу за стомой любого типа на протяжении всего периода ухода за пациентом, кандидатом на операцию по формированию стомы, от предоперационного до последующего наблюдения.

Методы: поиск тематических научных публикаций в базах данных – Киберленинка, Pubmed

Результаты: прогресс в сестринском уходе связан с применением экспериментального сестринского вмешательства; различных подходов к обучению навыкам самостоятельного ухода за стомой (транстеоретическая модель, модель ухода за хроническими заболеваниями, телемедицина и мультимедийные программы), а также выпиской пациента планируемой под руководством медсестры

Выводы: Данные о передовых методах профилактики осложнений и ухода для улучшения качества жизни пациентов со стомой необходимо включать в образовательные программы для медицинских работников, что будет гарантировать улучшенную подготовку молодых специалистов к реалиям дня с более качественными результатами. Однако публикации, включенные в данный обзор, были найдены исключительно на платформе Pubmed, что крайне ограничивает к ним доступ российских специалистов и создает информационный дефицит по передовой сестринской практике.

Ключевые слова: сестринский уход, стома, стоматерапия, осложнения, послеоперационный уход, обучение пациентов

Стома - это искусственно созданное отверстие, которое хирургическим путем формируется на теле для обеспечения отведения содержимого кишечника или мочевого пузыря, когда естественные пути для этого закрыты из-за болезни, травмы или хирургического удаления части органа. В зависимости от расположения и функции, стомы могут быть кишечными (колостома, илеостома) или уростомами (нефростома, цистостома). Существуют различные причины формирования стомы в клинической практике. Наиболее частой причиной является колоректальный рак, который является вторым по распространенности типом рака у женщин и третьим по распространенности типом рака у мужчин. Помимо колоректального рака, рак мочевого пузыря, язвенный колит и воспалительные заболевания кишечника будут основной этиологией создания стомы. Стома может быть временной или постоянной, что позволяет снизить заболеваемость и смертность при различных заболеваниях, включая злокачественные новообразования, воспалительные заболевания кишечника, сопутствующие неврологические заболевания, урологические заболевания, травмы живота, затрагивающие тонкую или толстую кишку, и дивертикулит [2].

Хотя хирургическое вмешательство и формирование стомы могут продлить жизнь пациента, оно может создать множество проблем в повседневной жизни и повлиять на качество жизни, причем, с различных точек зрения, включая физические, психологические, социальные и духовные аспекты [3].

Помимо качественно проведенного оперативного вмешательства, необходим высококвалифицированный и качественный уход за больными как на этапе предоперационного ухода, так и в послеоперационном периоде. Медсестры должны играть ключевую роль на всех этапах ухода за пациентами со стомой, помогая им адаптироваться к новым физическим и психологическим условиям, начиная с предоперационного этапа и заканчивая профилактикой поздних осложнений, связанных со стомой. Уход за пациентами со стомой требует передовых навыков и доверительных отношений.

В первый год после создания стомы пострадавшим требуется значительная поддержка для управления потенциальными осложнениями и адаптации к новой жизненной ситуации [17]. Осложнения, связанные со стомой и перистомальным кровотоком, могут возникать у 70% пациентов после операции по формированию стомы [19]. У большинства пациентов (63%) в течение 30 дней после операции наблюдалось как минимум одно осложнение [16].

Осложнения стомы включают кровотечение из стомы, раздражающий дерматит вокруг стомы, ретракцию стомы, недержание, выпадение слизистой оболочки стомы, фекальный дерматит, инфекцию стомы и грибковую инфекцию, парастомальную грыжу и стеноз и т. д. [18, 21]. Перистомальные кожные осложнения (ПКО) - наиболее распространённые проблемы кожи после операции по формированию стомы. Они существенно снижают качество жизни пациента и приводят к увеличению стоимости лечения. Эритема, папулы, эрозии кожи, язвы и везикулы были наиболее распространенными посттравматическими склерозирующими язвами (ПСХ) у пациентов со стомой. Частота возникновения посттравматических склерозирующих язв варьировалась от 36,3% до 73,4%. Кожные осложнения увеличивали продолжительность пребывания в стационаре и частоту повторных госпитализаций в течение 120 дней после операции [4].

Раздражающий дерматит — распространённое осложнение у пациентов со стомой, существенно влияющее на качество их жизни. Ранняя диагностика крайне важна, однако ограниченный доступ к медицинской помощи и недостаточные навыки самоконтроля часто задерживают начало лечения. Как показали исследования, в большей степени недержанием и осложнениями со стороны перистомальной кожи были отягощены лица с илеостомой, они посещали медсестру по уходу за стомой чаще, чем лица с колостомой. В среднем, для разных типов стомы эпизоды

недержания и осложнения со стороны перистомальной кожи вызывали около одного дополнительного визита медсестры и более частое использование средств для ухода за стомой. Лица, перенесшие острое хирургическое вмешательство, с высокой классификацией ASA (Американское Общество Анестезиологов), и женщины испытывали больше эпизодов недержания, осложнений со стороны перистомальной кожи и посещений медсестры. Индивидуальный подход к пациенту, основанный на таких факторах риска, как тип операции, класс ASA и пол, потенциально может снизить частоту осложнений и связанное с этим использование ресурсов здравоохранения, включая визиты медсестер по уходу за стомой. Высокая вариабельность результатов дополнительно подчеркивает важность персонализированного подхода [20].

Выявлено 6 факторов риска, связанных с повышенной вероятностью осложнений, связанных со стомой или перистомальными осложнениями: (1) возраст старше 65 лет; (2) женский пол; (3) индекс массы тела более 25; (4) сахарный диабет как сопутствующее заболевание; (5) злокачественные новообразования брюшной полости как основная причина операции по формированию стомы; и (6) отсутствие предоперационной маркировки места формирования стомы и отсутствие специализированной помощи со стороны специалистов по стоме – врача или медицинской сестры - до операции. Кроме того, есть доказательства того, что у лиц с колостомой повышен риск пролапса и парастомальной грыжи. Медицинским работникам следует учитывать эти факторы риска при уходе за пациентами, перенесшими операцию по формированию фекальной стомы, и по возможности учитывать изменяемые факторы. Например, предоперационная маркировка места формирования стомы медсестрой (стоматерапевтом) или хирургом, знакомым с этой процедурой, а также тщательный периоперационный уход за стомой и информирование пациента специалистом по стоме, крайне важны для снижения риска изменяемых факторов риска, связанных с формированием фекальной стомы [19].

Опыт специально обученных дипломированных медсестер также может предотвратить и уменьшить осложнения стомы, что может гарантировать пациентам оптимальный путь лечения, обеспечить независимость перед выпиской, проявить сочувствие и сострадание и сократить продолжительность госпитализации [5, 22].

ОБУЧЕНИЕ

Для повышения уровня навыков самообслуживания необходимо обучение навыкам самостоятельного ухода за стомой, и пациенты, которые осознают преимущества обучения навыкам самостоятельного ухода, лучше адаптируются к жизни со стомой. Однако единая форма медицинского просвещения и обучения уходу часто руководствуется моделью пассивного принятия, игнорируя разнообразные потребности пациентов на разных стадиях заболевания после выписки.

Применение различных подходов к обучению навыкам самостоятельного ухода за стомой, таких как транстеоретическая модель*, модель ухода за хроническими заболеваниями, телемедицина и мультимедийные программы, помогло улучшить способность пациентов к самообслуживанию.

` **Транстеоретическая модель изменения поведения (ТТМ) - это модель, разработанная Джеймсом Прохаской и Карло ДиКлементе, которая описывает процесс изменения поведения у людей. Она представляет собой рамку для понимания того, как люди меняют свое поведение, и включает в себя шесть стадий.*

Пациентам требуется не менее 3 месяцев для развития навыков и поддержания способности к самообслуживанию. Как показало одно из исследований, двух обучающих занятий, проведенных с пациентами в больнице перед выпиской, оказалось достаточно для улучшения и поддержания навыков самообслуживания. В случаях, когда пациенты проходили обучение в

больнице после операции, двух или трех занятий в течение 7 дней оказалось достаточно для формирования у них навыков ухода за стомой [11].

Готовность пациентов со стомой к выписке из больницы и к самостоятельному уходу за собой значительно повышает, а также снижает социальные последствия и осложнения модель обучения под руководством медсестры, основанная на методе Скиннера* [13].

**Метод Скиннера, также известный как оперантное обусловливание, основан на идее, что поведение формируется и изменяется под влиянием последствий. Если за определенным поведением следует подкрепление (награда), то вероятность его повторения возрастает. Если же за поведением следует наказание, то вероятность его повторения снижается*

При этом на качество обучения пациентов перед выпиской, а также на умение самостоятельно ухаживать за стомой, готовность к выписке из больницы, качество жизни со стомой, частоту возникновения осложнений, связанных со стомой, частоту незапланированных повторных госпитализаций и продолжительность пребывания в стационаре влияет планирование выписки под руководством медсестры [12]. В частности, разработанная программа подготовки к выписке, основанная на методе Орема по самообслуживанию может способствовать эффективной подготовке пациентов к выписке, приобретению знаний и навыков самообслуживания, а также повышению качества жизни [10].

Предоперационное обучение

Предоперационное обучение пациентов, которым потребуется формирование кишечной стомы, крайне важно для их психологической и физической подготовки к процедуре. Это должны делать медицинские работники, такие как хирурги, медсестры или специалисты по стоматерапии. Важно объяснить пациенту необходимость формирования стом, описать тип стомы, а также то, будет ли она временной или постоянной. Пациент должен знать о различных средствах ухода за стомой, которые ему понадобятся, таких как калоприемники, пластыри и чистящие средства.

Предоперационное обучение должно быть адаптировано к индивидуальным потребностям каждого пациента, с учетом его уровня понимания и любых особых опасений. Постоянная поддержка и доступ к медицинским работникам после операции имеют решающее значение для успешной адаптации пациента к жизни со стомой.

ПОСЛЕ ВЫПИСКИ: РУТИННЫЙ УХОД ПРОТИВ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО

В современных условиях здравоохранения (например, скорость койко-оборота, использование минимально инвазивных технологий и национальная система медицинского страхования) пациенты быстро выписываются после краткосрочной госпитализации и переходят на стадию длительного ухода на дому. Однако после выписки пациенты с энтеростомой сталкиваются с проблемами, связанными с неспособностью к самостоятельному уходу и низким уровнем психологической и социальной адаптации, что без своевременного вмешательства серьёзно влияет на качество их жизни [23].

Готовность к выписке пациентов со стомой зависит от воспринимаемого качества обучения, самоэффективности, социальной поддержки, возраста, пола и семейного дохода. Недостаточная подготовка и неудовлетворительное общение препятствуют эффективной передаче информации о выписке [14].

Непрерывный уход, являющийся продолжением ухода после выписки, признан важнейшим элементом высококачественного медицинского обслуживания и необходим пациентам. В связи с особенностями структуры и физиологии, связанной с энтеростомой, последующий уход за пациентами со стомой продолжается на протяжении всей жизни пациента [8]. При этом две трети выписанных пациентов по-прежнему будут нуждаться в услугах медсестры, особенно это касается пациентов с постоянной энтеростомой.

В прошлом решающую роль играло рутинное сестринское вмешательство. Рутинное сестринское вмешательство обычно включает в себя выбор приспособлений для калоприемника, инструкции по приему лекарств, медицинское просвещение, диетический уход, симптоматический уход, наблюдение за положением тела, послеоперационный уход и амбулаторное наблюдение. Рутинный уход обычно основан на стационарном уходе.

Однако в последние годы был достигнут прогресс в сестринском уходе: возникает экспериментальное сестринское вмешательство, которое становится предметом исследований. Экспериментальное сестринское вмешательство включает в себя любой нетипичный сестринский уход, такой как

- целостный уход в больнице и семье, основанный на динамической теории времени («время - это правильно»),
- пакет непрерывного ухода для определенной группы пациентов с высоким уровнем соблюдения, основанный на доказательствах,
- сестринское вмешательство на дому, основанное на модели убеждений в отношении здоровья, для повышения мотивации к содействию инициативам,
- вмешательства участковой медсестры,
- телеконсультации, основанные на теории социального обучения для повышения самоэффективности,
- многокомпонентное вмешательство под руководством медсестры,
- сестринское вмешательство в сочетании с ранней нутритивной поддержкой,
- сестринское вмешательство, нацеленное на самоэффективность (непосредственный опыт, альтернативный опыт, словесное убеждение, социальная и психологическая поддержка и корректировка мер вмешательства в соответствии с отзывами пациентов),
- сестринское мобильное приложение для ухода на дому, и
- сестринское образовательное вмешательство с использованием мультимедиа.

Изучение эффективности мультимедийного образовательного вмешательства для пациентов с послеоперационной стомой показало, что группа, прошедшая вмешательство с использованием мультимедийного программного обеспечения, продемонстрировала значительно более высокие показатели способности к самообслуживанию и качества жизни по сравнению с группой, получавшей традиционные образовательные услуги [7, 9].

Практикующие специалисты по уходу за стомой могут рассматривать экспериментальное сестринское вмешательство как вариант для улучшения качества жизни со стомой, когда они столкнулись с ограниченным улучшением ухода за стомой при рутинном сестринском вмешательстве [6].

Для пациентов со стомой крайне важно оперативно получать рекомендации и поддержку после выписки от хорошо подготовленных медицинских работников, обладающих актуальной информацией о целях, предпочтениях и клиническом состоянии пациента. С момента постановки диагноза, приводящего к созданию стомы, уход за пациентом осуществляется в основном медсестрами-специалистами, которые обеспечивают всесторонний уход на протяжении всего процесса. Эта специализированная роль приносит пользу пациенту, предоставляя ему специальные знания и помогая справляться с любыми текущими трудностями. Будучи устоявшейся специальностью, медсестра по стоме должна устанавливать отношения сотрудничества с хирургами, другими специалистами здравоохранения и пациентами.

Послесловие

Развитие сестринского ухода за пациентами со стомой представляет собой сложную задачу, которая будет влиять на качество жизни, являющееся одним из основных факторов вос-

становления пациентов со стомой [6]. Во всем мире медсестры каждый день участвуют в инновационных мероприятиях, направленных на улучшение ухода за пациентами и снижение затрат. Инновации в сестринском деле основаны на существующих проблемах, требуют настойчивости и мышления, выходящего за рамки устоявшихся. Внедрение новых идей и практик отличает практику ухода за больными на всех уровнях ухода и культуру в рабочей среде. Это дает новые знания и навыки и ведет к научному признанию [1]. Новые идеи и практика также реформируют сестринское образование, что будет гарантировать улучшенную подготовку молодых специалистов к реалиям дня с более качественными результатами.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Денежкина В. Л. Инновации в сестринской практике и образовании // Universum: медицина и фармакол огия. 2023. №10 (103). URL:https://cyberleninka.ru/article/n/innovatsii-v-sestrinskoy-praktike-i-obrazovanii (дата обращения: 11.08.2025).
2. Albulescu EL, Bratiloveanu T, Sandulescu S, и др. Role of a Stoma Nurse in the Management of the Specific Stoma-Related Complications. Curr Health Sci J. 2024 Jan-Mar;50(1):5-11
3. Alenezi A, McGrath I, Kimpton A, Livesay K. Quality of life among ostomy patients: a narrative literature review. J Clin Nurs. 2021;30(21–22):3111-3123.
4. D'Ambrosio F, Pappalardo C, Scardigno A, и соавт. Peristomal Skin Complications in Ileostomy and Colostomy Patients: What We Need to Know from a Public Health Perspective. Int J Environ Res Public Health. 2022 Dec 21;20(1):79.
5. Forsmo HM, Pfeffer F, Rasdal A, et al. Pre- and postoperative stoma education and guidance within an enhanced recovery after surgery (ERAS) program reduces length of hospital stay in colorectal surgery. Int J Surg. 2016;36(Pt A):121-126.
6. Guo Y, Zhang Y, Guo X, et al. The comparison between experimental nursing and routine nursing interventions on the quality of life of stoma patients: A systematic review and meta-analysis. Int Wound J. 2023 Mar;20(3):861-870.
7. Heidari-Beni F, Esmaeilian S, Yousefi F, и др. Comparison of Face-to-Face Education and Multimedia Software Education on Adjustment of Patients with Intestinal Ostomy: A Randomized Controlled Trial. J Wound Ostomy Continence Nurs. 2022 Mar-Apr 01;49(2):152-157.
8. Jin Y, Tian X, Li Y, и др. Effects of continuous care on health outcomes in patients with stoma: A systematic review and meta-analysis. Asia Pac J Oncol Nurs. 2021 Dec 25;9(1):21-31.
9. Ko HF, Wu MF, Lu JZ. A randomized control study: The effectiveness of multimedia education on self-care and quality of life in patients with enterostomy. Int Wound J. 2023 Dec;20(10):4244-4252.
10. Li SQ, Luo CL, Qiu H, et al. Effect of Orem's self-care model on discharge readiness of patients undergoing enterostomy: A randomized controlled trial. Eur J Oncol Nurs. 2024 Jun; 70:102549.
11. Liu Y, Wang L, Zhu L. The impact of stoma management education on the self-care abilities of individuals with an intestinal stoma. Br J Nurs. 2023 Mar 23;32(6): S28-S33.
12. Lin L, Fang Y, Wei Y, и др. The effects of a nurse-led discharge planning on the health outcomes of colorectal cancer patients with stomas: A randomized controlled trial. Int J Nurs Stud. 2024 Jul; 155:104769.
13. Lin L, Lin N, Yan M, и др. The effect of a nurse-led health education model for patients with temporary stomas: A randomized controlled trial. Eur J Oncol Nurs. 2025 Jun; 76:102861.
14. Lin L, Zheng J, Lin Z, Xiao H. Understanding the Challenges of Readiness for Hospital Discharge in Stoma Patients: A Mixed-Methods Study. J Clin Nurs. 2025 May;34(5):1704-1712.
15. Luo G, Yang Y, Ma H, Zou Q. Effect of hydrocolloid dressing combined with continuous nursing intervention on patients with permanent ostomy. BMC Surg. 2025 Aug 2;25(1):335.
16. Maglio A, Malvone AP, Scaduto V, et al. The frequency of early stomal, peristomal and skin complications. Br J Nurs. 2021 Dec 9;30(22):1272-1276.
17. Persson EI, Forsmark A, Scheffel G, et al. Stoma Care Nurse Consultations Regarding Leakages and Peristomal Skin Complications During the First Year After Ostomy Creation: A Chart Review. Int Wound J. 2025 Apr;22(4): e70328.
18. Roveron G, Barbierato M, Rizzo G, et al. Italian guidelines for the nursing Management of Enteral and Urinary Stomas in adults: an executive summary. J Wound Ostomy Contin Nurs Off Publ Wound Ostomy Contin Nurses Soc. 2021;48(2):137-147.
19. Zelga P, Kluska P, Zelga M, et al. Patient-Related Factors Associated with Stoma and Peristomal Complications Following Fecal Ostomy Surgery: A Scoping Review. J Wound Ostomy Continence Nurs. 2021 Sep-Oct 01;48(5):415-430.
20. Zhang X, Xu W, Xu Z, et al. Diagnosis of Irritant Dermatitis in Colorectal Cancer Postoperative Stoma Patients Using

Smartphone Photographs: A Deep Learning Approach. J Multidiscip Healthc. 2025 Apr 18; 18:2215-2223.
21. Zhang X, Lin JL, Gao R, et al. Application of the hospital-family holistic care model in caregivers of patients with permanent enterostomy: a randomized controlled trial. J Adv Nurs. 2021;77(4):2033-2049
22. Zhen L, Wang Y, Zhang Z, et al. Effectiveness between early and late temporary ileostomy closure in patients with rectal cancer: a prospective study. Curr Probl Cancer. 2017;41(3):231-240.
23. Zhou L, Zhang F, Li H, Wang L. Post-discharge health education for patients with enterostomy: A nationwide interventional study. J Glob Health. 2023 Dec 13; 13:04172.

ДОКАЗАТЕЛЬНАЯ МЕДИЦИНА – О РОЛИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ ИСМП

Цуцунава М.Р., Аристидова С.Н., Коновалова О.Ю., Кабакова Н.А.

ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И.Мечникова»

АННОТАЦИЯ

Нерешенной проблемой современной медицинской практики остается проблема инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи. Ключевая роль в проведении профилактических и противоэпидемических мероприятий в медицинской организации принадлежит медицинским сестрам

Цель - обобщить опубликованные за последние пять лет данные относительно научно-доказанной роли медицинской сестры в профилактике ИСМП

Методы: поиск тематических научных публикаций в базах данных – Киберленинка, Pubmed

Результаты: высокому уровню контроля за инфекциями в стационаре с участием медицинских сестер способствуют такие вмешательства как внедрение комплексной программы профилактических мероприятий, направленных на исключение внутрибольничного инфицирования; использование электронного ежедневного контрольного списка и протокола удаления постоянных мочевых катетеров под руководством медсестры; алгоритм ухода за повязкой на центральном катетере; назначение специальной роли медсестры по профилактике инфекций, связанных с центральным венозным катетером

Выводы: необходимо переосмыслить подходы к обучению и подготовке медицинских работников, а также принять во внимание зарубежные практики профилактики, которые свидетельствуют о необходимости внедрения устойчивых систем и обмена опытом между клиническими и научными учреждениями для повышения эпидемиологической безопасности

Ключевые слова: ИСМП, сестринское дело, роль медсестры в профилактике

Нерешенной проблемой современной медицинской практики остается проблема инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (далее – ИСМП), которые потенциально сопровождают все виды медицинской деятельности и наносят значительный ущерб как пациенту, так и системе здравоохранения. Преобладающими в мире являются инфекции, развивающиеся в области хирургического вмешательства, инфекции системы кровообращения, госпитальные пневмонии, а также инфекции мочевыводящих путей, которые являются вторыми по распространенности инфекциями, связанными с катетеризацией. Повышение распространенности ИСМП зарегистрировано в связи с пандемией COVID-19.

ИСМП не только наносят значительный материальный ущерб системе здравоохранения, но и, прежде всего, отягощают состояние пациентов, увеличивают сроки госпитализации, а также не редко приводят к инвалидизации и летальному исходу. В частности, исследование Лю и соавт. [9] показало, что пациенты с ВБИ находились в больнице в среднем на 26,1 дня дольше, что существенно отразилось на финансовых затратах, которые увеличились более чем в 5 раз. Пациенты с более тяжёлыми состояниями более подвержены негативному влиянию ВБИ, что связано с ухудшением выживаемости (отношение рисков смерти составляет 1,62).

Негативная тенденция роста этой причины во всем мире обусловлена комплексом причин, среди которых важное значение имеют устойчивость возбудителей госпитальных препаратов к антимикробным препаратам, а также пробелы в организации эпидемиологического надзора. Невыполнение правил гигиены рук расценивается как основная причина распространения возбудителей ИСМП. При этом имеются исследования, доказывающие связь ВБИ с соотношением количества пациентов и медицинских сестер.

В исследовании Роза-Замбони и др. коэффициент оценки количества пациентов к медсестрам и ВБИ показал, что при повышении коэффициента пациентов у одной медсестры более 2:1 рост возникновения ИСМП достигал 54% для различных типов схемы риска, включая инфекцию мочевыводящих путей и пневмонию [14]. И, наоборот, исследование Аланази и др. показало, что увеличение количества медсестер приводит к улучшению условий работы, снижению рабочей нагрузки и уменьшению случаев ненадлежащего ухода. Это, в свою очередь, способствует снижению частоты ВБИ и повышению качества медицинских услуг [1].

Профилактика ИМП является междисциплинарной задачей и требует комплексного подхода, включающего управление, организацию, мониторинг и клиническую практику [5]. Основное внимание уделяется созданию систем для обеспечения безопасности пациентов и медицинского персонала. Российская система профилактики ИСМП основана на концепции, разработанной отечественными специалистами, и включает в себя множество мероприятий, направленных на снижение риска развития ИСМП. Основное внимание уделяется обучению и повышению квалификации медицинского персонала, а также внедрению аналитических и клинических исследований для мониторинга ситуации с инфекциями.

Ключевая роль в проведении профилактических и противоэпидемических мероприятий в медицинской организации принадлежит медицинским сестрам [4]. Это подтверждают научные исследования. В частности, Ликстанов М.И. и др. [7] подчеркнули важность медицинских сестер в создании безопасной среды для пациентов с муковисцидозом, подтвердив это отсутствием случаев внутрибольничного инфицирования бактерией *B. cepacia* за исследованный период. Важным аспектом стало внедрение комплексной программы профилактических мероприятий, направленных на исключение внутрибольничного инфицирования. Для этого были разработаны строгие меры по организации стационарной помощи: отделение с боксовыми палатами, соблюдение гигиенических норм, индивидуальное использование медицинского оборудования и регулярное проведение дезинфекции. Результаты микробиологического мониторинга свидетельствуют о высоком уровне контроля за инфекциями в стационаре — за два года не было выявлено случаев внутрибольничного инфицирования B. cepacia, что подтверждает эффективность разработанной системы профилактических мероприятий [13].

В работе Шедл и др. [15] был реализован комплекс взаимосвязанных мероприятий, включающий обучение персонала, использование электронного ежедневного контрольного списка и протокола удаления постоянных мочевых катетеров под руководством медсестры. Эффективное снижение числа инфекций до нуля в отделении интенсивной терапии стало возможным благодаря внедрению мероприятий под руководством медсестры, включая обучение персонала и реализацию протокола удаления постоянных мочевых катетеров. Медсестра, действуя как связующее звено между пациентом и медицинским оборудованием, обеспечивает соблюдение

стандартов ухода и контролирует применение правильных методов катетеризации, что в свою очередь влияет на уровень соблюдения документации и общую безопасность пациентов.

В исследовании Хоук, Л.М. и др. была показана эффективность комплексного подхода к сокращению числа инфекций, связанных с центральным венозным катетером, под руководством медсестры [14]. Основными вмешательствами были смена повязок, контроль кровотечений в месте установки катетера, лечение аллергии у пациентов на медицинские изделия. В результате было установлено, что следование разработанному проекту привело к снижению риска инфекций, связанных с центральным венозным катетером с 1,86 до 0,0, несмотря на продолжающееся увеличение количества дней пациентов с центральным катетером. Автор пришел к выводу, что оценка состояния повязки на центральном катетере, вмешательство и обучение помогают снизить риск КАИ. Обход пациентов с центральным катетером является важным дополнением к комплексу мер по снижению риска КАИ. Алгоритм ухода за повязкой на центральном катетере помогает медсестрам решать, когда менять повязку и какой тип повязки использовать, что предотвращает риск инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи [15].

При этом безопасность пациентов и качество медицинского обслуживания зависят от состояния медсестер, которые связывают с ухудшением таких показателей безопасности пациентов как более высокие уровни ВБИ, падения пациентов, ошибки при приеме лекарств и пропущенная медицинская помощь [8]. Одним из таких состояний является профессиональное выгорание медицинских сестер. Исследование установило, что медсестры, испытывающие эмоциональное выгорание, оценивают качество медицинской помощи ниже, что может негативно сказаться не только на их профессиональной деятельности, но и на состоянии пациентов. Эмоциональное выгорание у медсестер может привести к снижению их внимания к практикам, предотвращающим инфекции, что, в свою очередь, увеличивает риски для пациентов [6].

Главным фактором в обеспечении эпидемиологической безопасности в медицинской организации является уровень компетентности и приверженность медицинского персонала соблюдению требований санитарных правил и нормативов. Только повышение профессиональных знаний и умений медицинских работников, строгое соблюдение техники безопасности, санитарно-гигиенических нормативов и правил способствует снижению риска инфицирования пациентов и персонала при осуществлении медицинской деятельности [10]. Парадоксальность ситуации заключается в том, что, как показало одно из исследований, риск ИСМП возрастал с увеличением клинического опыта! У медицинских работников, которые плохо осведомлены о междисциплинарной профилактике инфекций, не проходили обучение по междисциплинарной профилактике инфекций и имеют большой опыт клинической работы, выше риск заражения ВБИ, что значительно повышает риск ИСМП и снижает качество медицинской помощи [2].

Одним из инновационных подходов к профилактике ИСМП является назначение специальной роли медсестры по профилактике инфекций, связанных с центральным венозным катетером [13]. В рамках одной программы по предотвращению КАИ была создана команда дипломированных медсестёр, специализирующихся на профилактике инфекций, которые активно взаимодействовали с персоналом. Команда медсестёр проводила ежедневный аудит всех центральных венозных катетеров для определения соблюдения стандартов и протоколов по уходу. Медсестры обучали штатных сотрудников техникам соблюдения стандартов, а также предоставляли материалы для самообучения и периодические тренинги. Во время аудита выявлялись и исправлялись ошибки и нарушения соблюдения протоколов по уходу за центральными катетерами. Каждые две недели проводилась раздача обучающих материалов, чтобы поддерживать уровень знаний сотрудников на должном уровне. Результаты программы подтверждают эффективность целенаправленных профилактических мер и обучения медицинского персонала. В ходе вмешательства частота случаев КАИ мочевыводящих путей снизилась с 1,4 (в период до вмешательства) до 0,4 (в период вмешательства). Автор пришел к выводу, что наличие дипломированной

медсестры, специализирующейся на профилактике таких инфекций, не только снижает риск инфекций, но и способствует экономии ресурсов здравоохранения и улучшает результаты лечения пациентов, подтверждая необходимость внедрения подобных инициатив в клиническую практику [10].

Таким образом, имеющиеся данные подтверждают ключевую роль медицинской сестры в профилактике ИСМП и важную роль в повышении качества и безопасности медицинской деятельности, однако, при определенных условиях, среди которых:

раннее выявление и строгое соблюдение протоколов инфекционного контроля

применение комплексных программ с включением взаимосвязанных вмешательств

применение инновационных подходов, доказавших свою эффективность (таких как, в частности, назначение специальной роли медсестры в профилактике ИСМП).

Кроме того, необходимо переосмыслить подходы к обучению и подготовке медицинских работников [2], а также принять во внимание зарубежные практики профилактики, которые свидетельствуют о необходимости внедрения устойчивых систем и обмена опытом между клиническими и научными учреждениями для повышения эпидемиологической безопасности [4].

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Аланази, Ф. Х. и др. Инфекции, связанные с оказанием медицинской помощи, в отделениях интенсивной терапии для взрослых: исследование с использованием нескольких источников, посвященное отношению медсестер к безопасности, качеству ухода, случаям, когда уход был пропущен, и укомплектованности штата медсестер // Интенсивная терапия и сестринское дело в критических состояниях. 2023. Т. 78.
2. Альшаграви, С. и Н. Альходайти. Факторы риска внутрибольничных инфекций среди медицинских работников в отделениях интенсивной терапии: многоцентровое перекрестное исследование // PLoS One. 2024. Т. 19, Вып. 12. e0314796. Дата обращения: 17 декабря 2024 г.
3. Верхугстрате, М. и др. Влияние заключительной уборки в палатах, где ранее находились пациенты с внутрибольничными инфекциями // PLoS One. 2024. Т. 19, № 7. e0305083. Дата обращения: 10 июля 2024 г.
4. Габоян, Я. С., Пивкина, А. И. Роль сестринского персонала в обеспечении качества и безопасности медицинской деятельности // ОЗ. 2022. № 3.
5. Давыдова, М. А., Брюханова, Г. Д., Городин, В. Н. Особенности системного подхода к профилактике инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи, в Российской Федерации и за рубежом // Эпидемиология и вакцинопрофилактика. 2023. № 4.
6. Калугина, М. Г. Анализ практического опыта разработки и внедрения стандартных операционных процедур в деятельность среднего медицинского персонала // Менеджер здравоохранения. 2023. № 10.
7. Ликстанов, М. И. и др. Профилактика инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи, у больных муковисцидозом в многопрофильном стационаре Кузбасса за период 2020-2021 годы // МвК. 2022. № 4.
8. Ли, Л. Ц. и др. Выгорание медсестер и безопасность пациентов, их удовлетворенность и качество медицинской помощи: систематический обзор и метаанализ // JAMA Network Open. 2024. Т. 7, № 11. Дата обращения: 4 ноября 2024 г.
9. Лю, Ч. и др. Влияние инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи, на медицинские услуги и выживаемость пациентов с онкологическими заболеваниями: ретроспективное исследование с сопоставлением показателей склонности // BMC Cancer. 2025. Т. 25. С. 595. Дата обращения: 1 апреля 2025 г.
10. Морозов, А. М., Морозова, А. Д., Беляк, М. А. и др. Инфекции, связанные с оказанием медицинской помощи. Современный взгляд на проблему (обзор литературы) // Вестник новых медицинских технологий. 2022. № 4.
11. Мухаметзянов, А. М., Кайданек, Т. В., Латыпов, А. А. и др. Результаты микробиологического мониторинга объектов окружающей среды в детском многопрофильном стационаре // Медицина труда и экология человека. 2023. № 4.
12. Роза-Замбони, Д. д. л. и др. Соотношение пациентов и медсестёр как показатель, связанный с внутрибольничными инфекциями: исследование в области эпиднадзора // Медицинский бюллетень Детской больницы Мехико. 2023. Т. 80, № 1. С. 29–35.
13. Стар, К. Э. и др. Снижение риска инфекций, связанных с центральным венозным катетером, благодаря специальной роли медсестры по профилактике ИЦВК // Американский журнал инфекционного контроля. 2024. Т. 52, № 6. С. 659–663.

14. Хоук, Л. М. и др. Снижение риска инфекций, связанных с центральным венозным катетером, с помощью комплексного подхода под руководством медсестры // Медсестра в отделении интенсивной терапии. 2024. Т. 44, № 4. С. 27–36.
15. Шедл, Х. Н. и др. Комплексный подход к профилактике катетер-ассоциированных инфекций мочевыводящих путей в отделении интенсивной терапии // Медсестра отделения интенсивной терапии. 2021. Т. 41, № 2. С. 62–71.

ДОКАЗАТЕЛЬНАЯ МЕДИЦИНА - О РОЛИ РУКОВОДИТЕЛЕЙ СЕСТРИНСКИХ СЛУЖБ В СОДЕЙСТВИИ ВНЕДРЕНИЮ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ В СЕСТРИНСКУЮ ПРАКТИКУ

Цуцунава М.Р., Аристидова С.Н.

ФГБОУ «СЗГМУ им. И.И.Мечникова»

АННОТАЦИЯ

Научно обоснованная практика (ДОП) является основой безопасного и качественного медицинского обслуживания. Однако препятствия к участию медсестер в ДОП хорошо известны.

Цели: установить основные аспекты, которые мотивируют и затрудняют исследования в области сестринского дела для специалистов по сестринскому делу

Методы: поиск тематических научных публикаций в базах данных – Киберленинка, Pubmed

Результаты: медсестрам, работающим у постели больного, часто не хватает ресурсов и знаний, необходимых для изменения традиционной культуры сестринского дела на ту, где применение фактических данных становится неотъемлемой частью ежедневного ухода. Наиболее распространённые препятствия на пути к доказательной сестринской практике связаны с лидерством в профессии и особенностями организации.

Выводы: необходима оценка мотивации руководителей, которая имеет решающее значение для поддержания исследовательской культуры и развития клиницистов-исследователей. Однако публикации, включенные в данный обзор, были найдены исключительно на платформе Pubmed, что говорит об отсутствии интереса к данному вопросу у российских специалистов.

Ключевые слова: доказательная медицина, сестринский уход, сестринское дело, сестринские исследования

Безопасность пациентов — одна из важнейших проблем современного здравоохранения. Основой безопасного и качественного медицинского обслуживания является научно-обоснованная практика [20]. Интеграция научных данных в клиническую сестринскую практику имеет решающее значение для предоставления высококачественной сестринской помощи [10].

Важным стимулом для разработки и применения принципов доказательной медицины (далее - ДМ) в практике оказания медицинской помощи пациентам служит растущая потребность в снижении частоты предотвратимых осложнений [4]. Развитие культуры сестринского дела, основанной на фактических данных считается многообещающей стратегией для решения многих проблем, которые имеют место быть в профессии [14].

Сокращение частоты предотвратимых осложнений требует синергетического взаимодействия между медсестрами, работающими у постели больного, и руководством сестринского пер-

сонала [4]. Лидерское поведение руководителей и администраторов сестринских служб признано важным для поддержки применения результатов исследований и практики, основанной на фактических данных [10].

В мире существует обширный массив исследований в области передовой сестринской практики [13], и руководители сестринских служб всё чаще переходят на доказательную практику. Однако внедрение исследований и их результатов в клиническую практику — давняя проблема: требуется 17 лет (по другим данным – 20 лет [3]), чтобы внедрить в практику лишь 14% научных данных [19].

Внедрение научных данных направлено на сокращение этого разрыва посредством изучения факторов, влияющих на распространение, принятие, внедрение и устойчивость научно обоснованных вмешательств. Руководители сестринских служб, стремящиеся к внедрению доказательной практики, должны быть хорошо подготовлены к поддержке ДМ в сестринской профессии [15].

Несмотря на растущую популярность ДМ и её документально подтвержденные значительные преимущества, литература показывает, что только 15% медсестер постоянно практикуют в рамках ДМ [21]. 78,5% медсестер заявили, что практика должна быть основана на доказательствах, 75,9% респондентов заявили, что эти доказательства должны быть получены в результате исследований. 80,7% заявили, что практика, основанная на доказательствах, полезна. Однако доказательства, которые не были основаны на исследованиях, составили первые три наиболее часто используемых источника знаний. Источники, основанные на доказательствах исследований, оказались на 4-м, 5-м, 6-м, 8-м и 10-м местах по частоте использования.

Медсестры выразили убеждение, что практика сестринского дела должна быть основана на доказательствах, но не отразили это убеждение в своем поведении [16]. При этом исследование Ramón C, Nievas-Soriano BJ и соавт. показало, что специалисты по сестринскому делу демонстрируют позитивное отношение к исследованиям в своей области, а медсёстры находят мотивацию в рабочей среде, в экономических стимулах или в возможности улучшить своё портфолио [18].

Что остается препятствием

Ещё в 1976 году сестринское и акушерское дело начало использовать научные данные. К 1990-м годам применение научных данных в практике стало более прозрачным, но можно было бы сделать больше для их более широкого применения. Было выявлено множество препятствий, которые могли бы помешать внедрению научных данных в практику, при этом усилия по их устранению остаются слабыми.

Многие практикующие врачи сообщают о дефиците времени, возможностей и мотивации для оценки исследовательских отчетов и внедрения результатов в практику. Клиническая среда не считалась благоприятной для проведения исследований из-за общего недостатка исследовательской деятельности и возможностей на местах. Отмечался явный дефицит руководства исследовательской деятельностью на практике [6].

Использование наилучших фактических данных для поддержки сестринского дела и создание новых знаний для практического применения являются отличительными чертами совершенства. Однако медсестрам, работающим у постели больного, часто не хватает ресурсов и знаний, необходимых для изменения традиционной культуры сестринского дела на ту, где применение фактических данных становится неотъемлемой частью ежедневного ухода [5]. Как показало исследование Ramón C. и соавт., основными препятствиями являются дефицит времени, отсутствие институциональной поддержки и отсутствие обучения, особенно языкам (например, английскому) [18].

Неудовлетворенность поддержкой со стороны непосредственного руководства в отношении участия в научно-исследовательских и/или опытно-конструкторских проектах, отсутствие

ученой степени и неясные и нереалистичные цели на рабочем месте были выявлены как факторы, повышающие риск восприятия препятствий к использованию результатов исследований в клинической практике.

Хотя подрыв сестринской профессии, дефицит времени и отсутствие инклюзивного преподавания принципов доказательной медицины в учебных программах медучилищ уже давно считаются одними из основных препятствий для внедрения доказательной медицины в сестринскую практику [9], наиболее распространённые препятствия на пути к доказательной сестринской практике связаны с лидерством в профессии и особенностями организации. Руководители сестринских служб играют особую роль во внедрении практики, основанной на фактических данных, в плане создания благоприятной культуры и среды. Для этого им необходимо обладать базовыми знаниями, а также знать и устранять препятствия на пути внедрения, а также понимать ключевую роль руководителей сестринских служб в создании и поддержании оптимальной среды [2].

Российские специалисты обращают внимание на такой фактор как отсутствие в эффективном контракте такого пункта как осуществление клинических сестринских исследований. Клинические исследования медицинских сестер до настоящего времени носят штучный характер. В основе этого явления лежат недостатки образовательной и мотивационной стратегий. Первая не включает в процесс подготовки медицинских сестер формирование лидерских и исследовательских навыков, опыта написания статей, тезисов, постерных докладов и др. В медицинских организациях страны, за редким исключением не создана среда, способствующая включению сестринского персонала в научные исследования [1].

Что способствует продвижению исследований

Для поддержки применения результатов исследований и оказания медицинской помощи на основе фактических данных руководители здравоохранения, старшие медсестры и менеджеры по сестринскому делу должны ставить четкие и реалистичные цели для своих рабочих мест, включая требования к оказанию медицинской помощи на основе фактических данных. Также важно, чтобы старшие медсестры и менеджеры по сестринскому делу разрабатывали стратегии, способствующие профессиональному развитию медсестер и возможности внедрения результатов исследований в клиническую практику [12].

Переход к принципу «просто делай это» создаёт проблемы для медсестёр в большинстве отделений. Несмотря на повышенное внимание к инициативам в области практики, основанной на доказательствах, по-прежнему необходимо создание системного подхода, который эффективно интегрирует доказательные данные в практику в ежеминутные действия по уходу за пациентами. Хотя проведение новых исследований в области сестринского дела на базе отделений может показаться далёким планом, инициативы по более широкому использованию существующих научных данных в практике — это первый шаг к этой цели, способствующий профессиональному развитию и улучшению результатов лечения пациентов [11, 20].

Как показало исследование Lovink MH, и соавт., внедрение доказательной медицины в повседневную практику творческим и мотивирующим образом способствует развитию ее культуры в организации. В ходе одного из проектов участники узнали, как можно внедрить ДМ в повседневную практику, например, используя небольшие объёмы, обсуждая информацию из профессиональных журналов и используя креативные методы, такие как викторины. Факторами влияния на культуру доказательной медицины были: (a) поддержка руководителей, (b) вдохновляющие координаторы, близкие к команде, и (c) стабильные команды с движущей силой и студентами-медсестрами. Для этого руководители должны поддерживать команды в процессе внедрения ДМ, а внутренние координаторы должны сотрудничать с движущей силой в командах [14].

Катализатором мотивации или демотивации к участию в исследованиях является отношение к ценности исследований самого руководства, поскольку напрямую влияет на значимость препятствий. К факторам, ускоряющим исследовательский процесс, относятся подготовка по методологии исследований, программы наставничества и благоприятная организационная исследовательская культура.

Мотивация руководителей имеет решающее значение для поддержания исследовательской культуры и развития клиницистов-исследователей [8]. По-видимому, для того, чтобы менеджеры могли влиять на применение результатов исследований, необходимы как стимулирующие, так и регулирующие меры [10].

Успешное руководство изменениями — один из самых, если не самый сложный аспект роли лидера. Традиционные структуры и процессы командования сверху вниз, существующие в учреждениях здравоохранения и сестринском деле, являются врагами эффективных изменений. Переход от традиционных структур к структурам, основанным на партнёрстве между персоналом и администраторами, — основа формирования культуры практики, основанной на фактических данных [7].

Заключение

Доказательная сестринская практика (ДСП) – это будущее. ДСП всё чаще рассматривается как ключ к качеству и совершенству в сестринском деле. Внедрение доказательной медицины в сестринскую практику необходимо для предоставления научно обоснованной помощи пациентам, гарантирующей безопасное и качественное медицинское обслуживание. Новая задача для руководства сестринским делом — донести важность как доказательной практики, так и теоретической помощи для обеспечения безопасности пациентов и оптимизации результатов [17].

Список литературы

1. Модестов А.А., Неволин Ю.С., Фисенко А.П. Стратегии и векторы развития сестринских исследований. Российский педиатрический журнал. 2019; 22(3): 187-192.
2. Bianchi M, Bagnasco A, Bressan V, et al. A review of the role of nurse leadership in promoting and sustaining evidence-based practice. J Nurs Manag. 2018 Nov;26(8):918-932.
3. Boehm LM, Stolldorf DP, Jeffery AD. Implementation Science Training and Resources for Nurses and Nurse Scientists. J Nurs Scholarsh. 2020 Jan;52(1):47-54.
4. Bradley D, Dixon JF. Staff nurses creating safe passage with evidence-based practice. Nurs Clin North Am. 2009 Mar;44(1):71-81, xi.
5. Brewer BB, Brewer MA, Schultz AA. A collaborative approach to building the capacity for research and evidence-based practice in community hospitals. Nurs Clin North Am. 2009 Mar;44(1):11-25, ix.
6. Chummun H, Tiran D. Increasing research evidence in practice: a possible role for the consultant nurse. J Nurs Manag. 2008 Apr;16(3):327-33.
7. Crow G. Diffusion of innovation: the leaders' role in creating the organizational context for evidence-based practice. Nurs Adm Q. 2006 Jul-Sep;30(3):236-42.
8. D'Arrietta LM, Vangaveti VN, Crowe MJ, Malau-Aduli BS. Rethinking Health Professionals' Motivation to Do Research: A Systematic Review. J Multidiscip Healthc. 2022 Jan 26; 15:185-216.
9. Elsheikh R, Le Quang L, Nguyen NQT, et al. The role of nursing leadership in promoting evidence-based nursing practice. J Prof Nurs. 2023 Sep-Oct; 48:93-98.
10. Gifford W, Davies B, Edwards N, Griffin P, Lybanon V. Managerial leadership for nurses' use of research evidence: an integrative review of the literature. Worldviews Evid Based Nurs. 2007;4(3):126-45.
11. Granger BB. Practical steps for evidence-based practice: putting one foot in front of the other. AACN Adv Crit Care. 2008 Jul-Sep;19(3):314-24.
12. Kajermo KN, Undén M, Gardulf A, Eriksson LE, Orton ML, Arnetz BB, Nordström G. Predictors of nurses' perceptions of barriers to research utilization. J Nurs Manag. 2008 Apr;16(3):305-14.
13. Kilpatrick K, Savard I, Audet LA, et al. A global perspective of advanced practice nursing research: A review of systematic reviews. PLoS One. 2024 Jul 2;19(7): e0305008.

14. Lovink MH, Verbeek F, Persoon A, et al. Developing an Evidence-Based Nursing Culture in Nursing Homes: An Action Research Study. Int J Environ Res Public Health. 2022 Feb 2;19(3):1733.
15. Nelson-Brantley HV, Chipps E. Implementation Science and Nursing Leadership: Improving the Adoption and Sustainability of Evidence-Based Practice. J Nurs Adm. 2021 May 1;51(5):237-239.
16. Ozsoy SA, Ardahan M. Research on knowledge sources used in nursing practices. Nurse Educ Today. 2008 Jul;28(5):602-9.
17. Pipe TB. Optimizing nursing care by integrating theory-driven evidence-based practice. J Nurs Care Qual. 2007 Jul-Sep;22(3):234-8.
18. Ramón C, Nievas-Soriano BJ, García-González J, et al. Motivation and Barriers to Research among Nursing Professionals in Southeast Spain. Healthcare (Basel). 2022 Apr 2;10(4):675.
19. Roberts NA, Young AM, Duff J. Using Implementation Science in Nursing Research. Semin Oncol Nurs. 2023 Apr;39(2):151399. doi: 10.1016/j.soncn.2023.151399. Epub 2023 Mar 7. PMID: 36894448.
20. Royer HR, Nolden M, Orshak J, Vogelman L, Crary P. Creating infrastructure for supporting nurse engagement in evidence-based practice at a Veterans Administration Hospital. Worldviews Evid Based Nurs. 2024 Dec;21(6):704-710.
21. Shirey MR. Evidence-based practice: how nurse leaders can facilitate innovation. Nurs Adm Q. 2006 Jul-Sep;30(3):252-65.

ДОКАЗАТЕЛЬНАЯ МЕДИЦИНА – О РОЛИ ЛИДЕРСТВА В РЕШЕНИИ КАДРОВЫХ ВОПРОСОВ

Цуцунава М.Р., Аристидова С.Н.

ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова»

АННОТАЦИЯ

Медицинские организации представляют собой социальные системы, в которых человеческие ресурсы являются наиболее важным фактором. Серьёзную проблему во всём мире, влияя на расходы здравоохранения, результаты лечения пациентов и качество медицинской помощи представляет текучесть кадров медицинских сестер.

Цель – обобщить опубликованные за последние пять лет данные относительно ключевых факторов, влияющих на текучесть медицинских кадров и намерение медицинских сестер уйти из профессии

Результаты: на намерение медсестёр уйти из профессии влияет множество факторов, среди которых сложная рабочая обстановка, эмоциональный стресс, разочарование в реалиях сестринского дела и культуру иерархии и дискриминаци. Однако ключевыми факторами стали стили управления и лидерства. Новым направлением в изучении проблемы текучести кадров является изучение роли аномии

Методы: поиск тематических научных публикаций в базе данных Pubmed, Киберленинка

Выводы: в качестве будущей цели необходимо выявить и восполнить пробелы в знаниях медицинских сестер-руководителей относительно стилей руководства, чтобы положительно повлиять на удовлетворенность работой медицинских работников и, следовательно, на показатели качества медицинской помощи. Реализация целевых программ развития лидерских качеств может помочь руководителям-медсестрам применять эффективные подходы к лидерству и в конечном итоге снизить текучесть кадров. Однако настораживает тот факт, что публикации, включенные в обзор, были найдены исключительно на платформе Pubmed, что может говорить об отсутствии соответствующей доказательной базы в стране

Ключевые слова: сестринское дело, лидерство, текучесть кадров, аномия

Сектор здравоохранения сталкивается с постоянными проблемами, связанными с управлением персоналом, включая необходимость поддерживать высокий уровень мотивации и вовлеченности медсестёр. Серьёзную проблему во всём мире, влияя на расходы здравоохранения, результаты лечения пациентов и качество медицинской помощи представляет текучесть кадров медицинских сестер. По данным Всемирной организации здравоохранения, к 2030 году будет наблюдаться глобальная нехватка почти 14 миллионов работников здравоохранения, включая медицинских сестер [5].

Имеющиеся данные показывает, что кадровый дефицит в здравоохранении в первую очередь обусловлен демографическими изменениями в составе населения, повышением спроса на медицинскую помощь и ростом числа хронически больных пациентов. Ожидаемая продолжительность жизни постоянно увеличивается и, как ожидается, будет продолжать увеличиваться, что, в свою очередь, приводит к росту заболеваемости, связанной с возрастом. В то же время происходит старение рабочей силы. Ожидаемый уровень выхода на пенсию медсестер в течение следующих 10 лет составляет 17% (в американском и европейском регионах) [5].

Эти высокие показатели текучести кадров дисфункциональны во многих отношениях. Во-первых, они приводят к финансовым потерям, связанным с набором персонала. Во-вторых, высокие показатели текучести кадров отрицательно сказываются на качестве предоставляемой медицинской помощи, например, к более высоким показателям смертности и к увеличению числа врачебных ошибок, к потере непрерывности оказания медицинской помощи и к неудовлетворенности пациентов, что, в свою очередь, может привести к потере доходов и более высоким расходам на лечение пациентов. Наконец, высокие показатели текучести кадров снижают производительность труда персонала по той простой причине, что для выполнения установленных задач остается меньше сотрудников, что может негативно повлиять на моральный дух оставшегося персонала и усилить волну увольнений среди оставшихся медсестер и врачей.

Имеющиеся научные данные проливают свет на причины, по которым медсестры покидают профессию, и предоставляют доказательства, которые помогут руководителям и политикам в области сестринского дела разрабатывать стратегии удержания кадров для выхода из текущего кризиса и восстановления устойчивого мирового здравоохранения.

Международные исследования показали, что на намерение медсестёр уволиться влияет множество факторов. Исследование Bahlman-van Ooijen W и соавт. [4] выявило такие факторы как (1) сложную рабочую обстановку, (2) эмоциональный стресс, (3) разочарование в реалиях сестринского дела и (4) культуру иерархии и дискриминации. Среди прочего, неблагоприятные условия труда, отсутствие возможностей для карьерного роста, отсутствие поддержки со стороны руководства, стресс на работе, несоответствие между сестринским образованием и практикой, а также буллинг являются причинами ухода из профессии.

Однако ключевыми факторами, влияющими на текучесть кадров и намерение уйти из профессии, стали эффективные стили управления и лидерства. Анализ имеющихся на сегодняшний день данных о корреляции между стилями лидерства и удовлетворенностью работой медсестер показал значительную корреляцию.

Позитивные стили руководства руководителей медсестер эффективно снижают текучесть кадров среди больничных медсестер, а негативные стили руководства руководителей медсестер эффективно повышают её. Наиболее эффективен для снижения текучести кадров среди больничных медсестер этический стиль руководства, однако его результаты требуют осторожной интерпретации, поскольку его влияние описано только в двух исследованиях [6].

Одним из основных стилей руководства, ставших ключевым фактором, влияющим на мотивацию и вовлеченность медсестёр в работу, является трансформационное лидерство. Трансформационные лидеры создают благоприятную и вдохновляющую рабочую среду, которая может значительно повысить мотивацию и вовлеченность медсестер [2].

Следующими за трансформационным стилем идут аутентичный стиль, резонансный и обслуживающий (поддерживающий, личностно-ориентированный) стили. Пассивно-избегающий стиль и стиль невмешательства, напротив, показали отрицательную корреляцию с удовлетворенностью работой во всех случаях [11].

Исследование взаимосвязи между влиянием трёх различных стилей руководства: трансформационного, транзакционного и пассивно-избегающего, применяемых менеджерами-медсёстрами, и ожидаемой текучестью сестринских кадров, а также изучение взаимосвязи между демографическими характеристиками и ожидаемой текучестью кадров показало, что стиль руководства, используемый руководителями-медсестрами, имеет значимую связь с прогнозируемым уровнем текучести кадров. Данное исследование предлагает стимулировать развитие трансформационных лидеров, одновременно препятствуя развитию пассивно-избегающего стиля [3].

Кроме того, была изучена взаимосвязь между аутентичным лидерством, неоказанным сестринским уходом и намерением медсестер уйти из больницы, а также посредническая роль психологической безопасности в этих отношениях [7]. Аутентичное лидерство руководителей сестринских служб и психологическая безопасность подразделения влияют на практику и отношение к работе.

***** *Аутентичное лидерство - это стиль руководства, при котором лидер остается верен себе, своим ценностям и убеждениям, действуя открыто и честно. Это значит, что лидер не пытается подражать другим или следовать какой-то конкретной маске, а строит отношения с командой на основе подлинности и доверия.*

Результаты показали, что медсёстры, которые воспринимали своих руководителей подразделений как более аутентичных лидеров, сообщали о меньшем количестве пропущенных сестринских обязанностей и были менее склонны к увольнению. Психологическая безопасность выступала посредником в этих отношениях, поскольку аутентичность лидерства положительно коррелировала с психологической безопасностью. В свою очередь, психологическая безопасность была связана с уменьшением количества пропущенных сестринских обязанностей и снижением текучести кадров среди медсестёр больницы. Эти результаты подчеркивают необходимость организационных инвестиций в развитие подлинного лидерства для содействия созданию более безопасной и поддерживающей среды ухода и улучшения результатов как для медсестер, так и для пациентов.

Учитывая тревожную проблему кадрового дефицита во всём мире, одно из исследований было направлено на изучение роли аномии в намерении медсестёр увольняться, а также опосредующей роли удовлетворённости работой в этом отношении. Аномия определяется как психологическое состояние, при котором человек ощущает социальную отчуждённость и отсутствие чувства принадлежности, что приводит к игнорированию влияния своих действий на окружающих. Исследование McEvoy NL, и соавт. [8] впервые эмпирически подтвердило, что аномия является предвестником намерения увольнения.

Отдельным направлением в изучении проблемы текучести кадров является изучение взаимосвязи между токсичным лидерством со стороны руководителей-медсестер и намерениями медицинских сестер участвовать в практике разоблачения нарушений как внутри, так и за пределами своей больницы. Как известно, токсичное лидерство руководителей-медсестер на рабочем месте может привести к проблемам в уходе за пациентами и рабочей среде. Разоблачение служит механизмом для смягчения этих проблем и повышения ответственности, а борьба с токсичным лидерством имеет решающее значение для поощрения информаторов и создания более здоровой рабочей среды [1].

Выводы:

В условиях глобального кризиса в сфере сестринского дела руководители здравоохранения и политики должны разрабатывать стратегии защиты сестринского персонала [9]. Политикам следует принимать взвешенные решения, проводя национальную самооценку влияния рабочей нагрузки, удовлетворенности работой и организационной принадлежности на намерение оставить медсестер [10].

Администраторам и политикам здравоохранения следует уделять первоочередное внимание разработке и внедрению программ обучения трансформационному лидерству для всех руководителей медсестер в качестве стратегического подхода к повышению мотивации и вовлеченности медсестер. Руководителям необходимо развивать технические и профессиональные компетенции, а также принимать меры по повышению удовлетворенности и морального духа персонала. В качестве будущей цели необходимо выявить и восполнить пробелы в знаниях руководителей, чтобы положительно повлиять на удовлетворенность работой медицинских работников и, следовательно, на показатели качества медицинской помощи. Реализация целевых программ развития лидерских качеств может помочь руководителям-медсестрам применять эффективные подходы к лидерству и в конечном итоге снизить текучесть кадров. Руководителям больниц необходимо бороться с токсичным лидерством, формировать культуру безопасного информирования о нарушениях, усиливать правовую защиту информаторов и создавать программы обучения этичному лидерству для руководителей сестринских дел. Поскольку связь между чувством аномии и увольнением была подтверждена эмпирически, лицам, принимающим решения в медицинских центрах, рекомендуется не только учитывать аномические чувства медсестер, но и предотвращать их посредством организационных мер.

Список использованной литературы

1. Abdelrahman MM, Nashwan AJ, El-Boudy DF. Nurse Managers' Toxic Leadership: Its Relation to Nurses' Internal and External Intentions to Whistleblowing. J Nurs Manag. 2025 Jun 28; 2025:1734502.
2. Abu-Qutaish R, Alosta MR, Abu-Shosha G, et al. The relationship between transformational leadership, work motivation, and engagement among nurses in Jordanian governmental hospitals. BMC Nurs. 2025 Jul 4;24(1):842.
3. Alsaleh K, Ali TM, Alhalafi F, Ali F, et al. Investigating the relationship between nurse managers' leadership style and predicted nurses' turnover. BMJ Lead. 2025 Jul 30: leader-2024-001021.
4. Bahlman-van Ooijen W, Malfait S, Huisman-de Waal G, Hafsteinsdóttir TB. Nurses' motivations to leave the nursing profession: A qualitative meta-aggregation. J Adv Nurs. 2023 Dec;79(12):4455-4471.
5. de Vries N, Boone A, Godderis L, и соавт. The Race to Retain Healthcare Workers: A Systematic Review on Factors that Impact Retention of Nurses and Physicians in Hospitals. Inquiry. 2023 Jan-Dec; 60:469580231159318.
6. Cho Y, Jeong SH, Kim HS, Kim YM. [Effects of Leadership Styles of Nursing Managers on Turnover Intention of Hospital Nurses: A Systematic Review and Meta-Analysis]. J Korean Acad Nurs. 2022 Oct;52(5):479-498. Korean.
7. Cho H, Steege LM. Authentic Leadership, Psychological Safety, Missed Nursing Care, and Intention to Leave Among Hospital Nurses. Int Nurs Rev. 2025 Sep;72(3): e70065.
8. McEvoy NL, Credland N, Cribbin D, et al. Critical Care Nursing Workforce Retention from an Irish Perspective: A National Survey. Nurs Crit Care. 2025 Jul;30(4): e70094.
9. Niinihuhta M, Häggman-Laitila A. A systematic review of the relationships between nurse leaders' leadership styles and nurses' work-related well-being. Int J Nurs Pract. 2022 Oct;28(5):e13040.
10. Seki EA, Özlük B. Workload and intention to leave among nurses in Turkey: The mediating roles of organizational identification and work satisfaction. Int Nurs Rev. 2025 Sep;72(3):e13065.
11. Specchia ML, Cozzolino MR, Carini E, et al. Leadership Styles and Nurses' Job Satisfaction. Results of a Systematic Review. Int J Environ Res Public Health. 2021 Feb 6;18(4):1552.

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ
«СПЕЦИАЛИСТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ»
2025, № 39

Стоимость номера: бесплатно

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