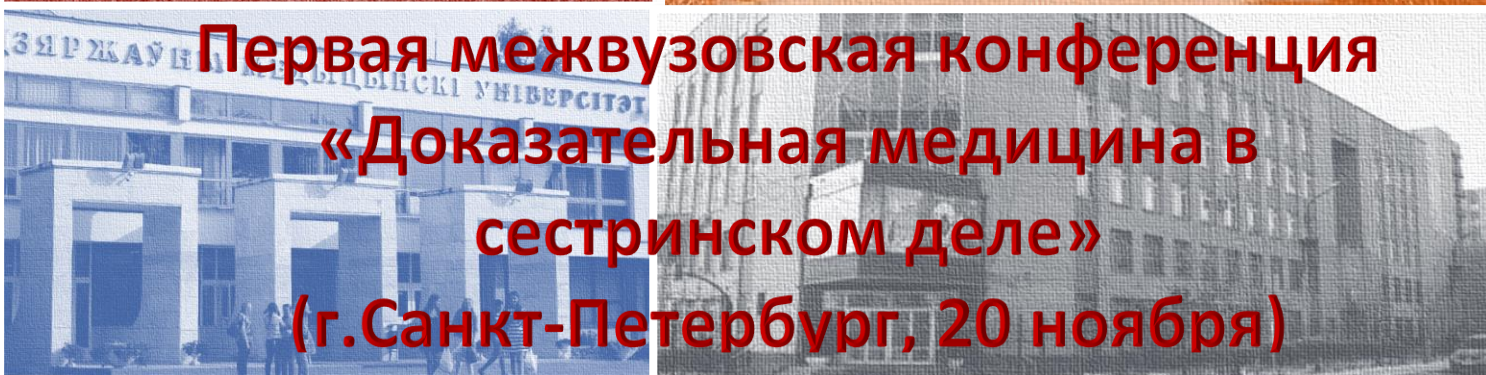


2025, № 41

Специалист здравоохранения®

Научно-практический журнал



**Первая межвузовская конференция
«Доказательная медицина в
сестринском деле»
(г. Санкт-Петербург, 20 ноября)**

**ОРИГИНАЛЬНЫЕ СЕСТРИНСКИЕ
ИССЛЕДОВАНИЯ
ДИСКУССИЯ
АНАЛИТИКА
ДОКАЗАТЕЛЬНАЯ МЕДИЦИНА
НАУЧНО-ОБОСНОВАННАЯ ПРАКТИКА
МАТЕРИАЛЫ КОНФЕРЕНЦИИ
СИСТЕМАТИЧЕСКИЕ ОБЗОРЫ
ЭССЕ**



20 ноября в г.Санкт-Петербурге состоялась первая межвузовская научно-практическая конференция с международным участием «Доказательная медицина в сестринском деле»,

организованная кафедрой гериатрии, пропедевтики и управления в сестринской деятельности им. Э.С. Пушкиновой СЗГМУ им. И.И.Мечникова. Сестринское дело, являясь составляющей медицины, не может оставаться в стороне от науки и, учитывая многолетний опыт подготовки специалистов с высшим сестринским образованием, должно не только освещать свою научную деятельность, но и искать пути для улучшения своей деятельности посредством проведения научных исследований.

Сегодня, однако, научная работа в основном проводится только в академической среде, где ее осваивают студенты-бакалавры. В связи с этим основной целью конференции было объединить специалистов сестринского дела, приобщившихся к культуре научной деятельности в академических кругах, и обобщить наиболее актуальные вопросы, решение которых призвано улучшить сестринскую практику.

На приглашение кафедры откликнулись четыре вуза: *Рязанский государственный медицинский университет им.ак. И.П. Павлова, Новгородский университет им. Ярослава Мудрого, Белорусский государственный медицинский университет, Харбинский медицинский университет (Китай)*. Всего было представлено 20 докладов. Российская сторона проявила интерес к таким вопросам как правовые и этические аспекты сестринской деятельности. При этом, 10 докладов, представленных студентами из Харбинского медицинского университета, осветили исключительно клинические исследования, однако связанные с сестринской деятельностью. В частности, студенты рассказали о важности выявления кластеров симптомов после эзофагэктомии, об установлении связи между соотношением лимфоцитов и липопротеинов высокой плотности и риском желчнокаменной болезни, о том, как медсестры должны управлять рисками в периоперационный период (например, в случае расслоения аорты типа А по Стэнфордской классификации), о поиске высокоэффективных инструментов для прогнозирования определенных осложнений (например, венозной тромбоэмболии), о выявлении типов управления родительскими эмоциями при уходе за подростками с психическими расстройствами и др.

С российской стороны с сообщениями о клинических исследованиях на конференции выступили представители практического здравоохранения, а, именно, специалисты из СПб Городской больницы Святого Георгия, которые уже не первый год занимаются изучением таких вопросов, как профилактика внутрибольничных инфекций и профилактика падений пациентов в стационаре.

Конференция прошла в режиме онлайн. Участниками оффлайн формата были студенты-бакалавры СЗГМУ им.И.И.Мечникова.

Хочется надеяться, что в следующем году конференция соберет представителей всех вузов страны, где проводится подготовка бакалавров в сестринском деле.



2025, № 41

Дата выхода: 25 декабря 2025 года

СПЕЦИАЛИСТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

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

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

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

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

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

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

ISSN 2413-6271

Учредитель:

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

Журнал выходит с 2013 г.

Спонсор выпуска – ПРОО МР СПб

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

Редакция

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

Аристидова С.Н.- зам.главного редактора

Трипутина К.И.- ответственный редактор

Кабакова Н.А. - корректор

Адрес редакции:

г.Санкт-Петербург, Пискаревский пр., 47, павильон 6/2

Кафедра гериатрии, пропедевтики и управления в сестринской деятельности им. Э.С. Пушкин-ской ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. Мечникова»

Оригинал-макет – Цуцунава М.Р.

Онлайн версия журнала доступна на сайте ПРОО МРСП amspiter.ru

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

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, № 41

СПЕЦИАЛИСТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ®

МАТЕРИАЛЫ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ «ДОКАЗАТЕЛЬНАЯ МЕДИЦИНА В СЕСТРИНСКОМ ДЕЛЕ» (САНКТ-ПЕТЕРБУРГ, 20 НОЯБРЯ)

Лебедева Ю.С., Захаров Д.В., Чуваков Г.И., Зайцева И.А., Антонова А.В.
РОЛЬ ОПЕРАЦИОННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ОБЕСПЕЧЕНИИ БЕЗОПАСНОСТИ ПАЦИЕНТА ВО ВРЕМЯ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ.....3

Мороз И. Н., Труханович Я. Г.
ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЙ ПОТЕНЦИАЛ СТУДЕНЧЕСКОЙ СРЕДЫ: ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЯ ГРАМОТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ В ВОПРОСАХ ЗДОРОВЬЯ СРЕДИ МОЛОДЕЖИ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ.....11

Набиева Н. Н., Лихорад О.И.
РЕЧЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ КАК ЧАСТЬ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ КОМПЕТЕНТНОСТИ.....14

ОБЗОРЫ

Петрова В.Б., Буравова А.А., Петрова А.И.
ВТОРИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ВЫПАДЕНИЯ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ И РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ.....19

ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Пижевская М.Е., Петрова В.Б., Петрова А.И.
РОЛЬ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА В ПРОФИЛАКТИКЕ ВНУТРИБОЛЬНИЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ.....23

Материалы научно-практической конференции «Доказательная медицина в сестринском деле» (Санкт-Петербург, 20 ноября)

РОЛЬ ОПЕРАЦИОННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ОБЕСПЕЧЕНИИ БЕЗОПАСНОСТИ ПАЦИЕНТА ВО ВРЕМЯ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

Лебедева Ю.С.¹, Захаров Д.В.², Чуваков Г.И.², Зайцева И.А.², Антонова А.В.²

¹Государственное областное бюджетное учреждение здравоохранения
«Центральная городская клиническая больница». Клиника №1

²Новгородский Государственный университет им. Ярослава Мудрого

АННОТАЦИЯ

В статье рассматривается многогранная роль операционной медицинской сестры как ключевого участника междисциплинарной команды, ответственного за обеспечение комплексной безопасности пациента в периоперационном периоде. Эффективная деятельность сестринского персонала на всех этапах хирургического вмешательства является критически важным фактором в предотвращении интраоперационных осложнений и улучшении исходов лечения.

В работе рассматривается, что операционная медсестра выступает не только как технический исполнитель, но и как «страж безопасности», реализующий функции контроля, коммуникации и адвокации пациента. Эффективное выполнение этих ролей напрямую влияет на снижение частоты таких инцидентов, как ошибочные хирургические манипуляции, оставление инородных тел и развитие инфекционных осложнений.

Цель работы — оценить вклад операционной медицинской сестры в систему безопасности пациента после хирургических вмешательств путем определения и анализа ее ключевых функций на предоперационном, интраоперационном и послеоперационном этапах.

Материалы и методы. Ретроспективный анализ работы операционных медицинских сестер на базе хирургического отделения многопрофильного стационара за период 2020-2024 гг. В исследование были включены 150 пациентов, перенесших плановые и экстренные операции. Критериями оценки стали: соблюдение протоколов безопасности, частота интраоперационных инцидентов, время подготовки операционной. Кроме того, был проведен систематический анализ научной литературы за последние 5 лет через базы данных eLibrary, CyberLeninka, PubMed с использованием ключевых слов: "операционная сестра", "безопасность пациента", "хирургические ошибки", "периоперационный период".

Результаты. Действия операционной медсестры, систематизированные в рамках единого алгоритма, позволяют предотвратить до 92% потенциальных рисков, связанных с нарушением асептики, и до 100% рисков, связанных с оставлением инородных тел. Активное участие сестры в проведении предоперационного брифинга («Time-Out») повышало полноту проверки критически важной информации на 45%. Выявлена прямая корреляция между четкой организацией рабочего пространства медсестрой и снижением времени операции в среднем на 12%, что косвенно снижает риски анестезиологических осложнений.

Заключение. Операционная медицинская сестра является центральным звеном в создании безопасной хирургической среды. Ее роль выходит далеко за рамки инструментальной деятельности, включая в себя координацию команды, антиципацию действий хирурга и анестезиолога, а также непрерывный проактивный контроль за соблюдением всех утвержденных протоколов

безопасности. Инвестиции в профессиональное развитие и усиление организационного статуса операционных сестер являются высокоэффективной мерой для повышения качества и безопасности хирургической помощи.

Ключевые слова: операционная медицинская сестра, безопасность пациента, хирургическое вмешательство, периоперационный период, профилактика осложнений, хирургические ошибки, междисциплинарное взаимодействие, протоколы ВОЗ

Поступила: 07.10.2025. Принята к печати: 23.11.2025. Опубликовано: 25.12.2025.

THE ROLE OF THE OPERATING ROOM NURSE IN ENSURING PATIENT SAFETY DURING SURGICAL INTERVENTIONS

Lebedeva Y.C.¹, Zakharov D.B.², Chuvakov G.I.², Zaitseva I.A.², Antonova A.B.².

¹The state Regional Budgetary Healthcare Institution "Central City Clinical Hospital". Clinic No.

²Novgorod State University named after Yaroslav the Wise

ABSTRACT

This article examines the multifaceted role of the operating room nurse as a key member of the interdisciplinary team, responsible for ensuring comprehensive patient safety throughout the perioperative period. The effective performance of nursing staff at all stages of a surgical intervention is a critical factor in preventing intraoperative complications and improving treatment outcomes.

The study posits that the operating room nurse acts not only as a technical assistant but also as a "guardian of safety," fulfilling functions of monitoring, communication, and patient advocacy. The effective execution of these roles directly contributes to reducing the incidence of adverse events such as wrong-site surgery, retained surgical items, and the development of infectious complications.

The **aim** of this work is to evaluate the contribution of the operating room nurse to the patient safety system following surgical interventions by defining and analyzing her key functions during the preoperative, intraoperative, and postoperative stages.

Materials and Methods: A systematic analysis of scientific literature from the last 10 years (2014–2024). The search for relevant publications was performed in domestic peer-reviewed scientific journals via the electronic databases of the Scientific Electronic Library eLibrary.ru, CyberLeninka.ru, as well as in the Russian Science Citation Index (RSCI) and Meditsina.ru databases. The search criteria included the following keywords: "operating room nurse," "perioperative nurse," "patient safety," "perioperative period," "surgical errors," "WHO protocols."

Results: The actions of the operating room nurse, systematized within a unified algorithm, can prevent up to 92% of potential risks associated with breaches of aseptic technique and up to 100% of risks related to retained foreign bodies. The nurse's active participation in the preoperative briefing ("Time-Out") increased the completeness of critical information verification by 45%. A direct correlation was identified between the nurse's efficient organization of the workspace and a reduction in surgery time by an average of 12%, which indirectly lowers the risks of anesthesiological complications.

Conclusion: The operating room nurse is a central figure in creating a safe surgical environment. Her role extends far beyond instrumental assistance, encompassing team coordination, anticipation of the actions of the surgeon and anesthesiologist, and continuous, proactive monitoring of compliance with all approved safety protocols. Investment in the professional development and enhancement of the organizational status of operating room nurses is a highly effective measure for improving the quality and safety of surgical care.

Keywords: operating room nurse, perioperative nurse, patient safety, surgical intervention, perioperative period, complication prevention, surgical errors, interdisciplinary collaboration, WHO protocols

Received: 07.10.2025. **Accepted:** 23.11.2025. **Published:** 25.12.2025.

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы обеспечения безопасности пациента в хирургии неоспорима в контексте современного качества медицинской помощи. Несмотря на технологический прогресс и стандартизацию, хирургические вмешательства продолжают нести в себе значительные риски интра- и послеоперационных осложнений, часть из которых является предотвратимой. В фокусе внимания по праву находится фигура хирурга, однако комплексная безопасность не может быть обеспечена без слаженной работы всего операционного блока, где роль операционной медицинской сестры является системообразующей. Ее деятельность трансформировалась от сугубо технической помощи к активному участию в клинических процессах принятия решений, контроле на всех этапах операции и реализации превентивных стратегий.

Важность проблемы в том, что операционная сестра выступает последним барьером на пути потенциальных ошибок, будь то нарушение правил асептики и антисептики, риск оставления инородных тел или несоблюдение протоколов маркировки. Ее уникальная позиция позволяет минимизировать человеческий фактор, неизбежный в условиях высокого стресса и сложности хирургических манипуляций. Недооценка этого ресурса, отсутствие четкого разграничения ответственности и недостаточная коммуникация между членами команды напрямую влияют на статистику предотвратимых неблагоприятных событий.

Необходимость исследования обусловлена потребностью в систематизации и концептуализации многофункциональной роли операционной медицинской сестры. Требуется переосмысление ее места в хирургической команде не как ассистента, а как равноправного участника, чья профессиональная компетентность и проактивная позиция являются критически важными элементами в создании безопасной среды для каждого пациента, что в конечном итоге определяет не только успех конкретной операции, но и репутацию лечебного учреждения в целом.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для достижения цели работы было проведено исследование - ретроспективный анализ работы операционных медицинских сестер на базе хирургического отделения многопрофильного стационара за период 2020-2024 гг. В исследование были включены 150 пациентов, перенесших плановые и экстренные операции. Критериями оценки стали: соблюдение протоколов безопасности, частота интраоперационных инцидентов, время подготовки операционной. Кроме того, был проведен систематический анализ научной литературы за последние 5 лет через базы данных eLibrary, CyberLeninka, PubMed с использованием ключевых слов: "операционная сестра", "безопасность пациента", "хирургические ошибки", "периоперационный период".

Функции операционной медсестры на предоперационном этапе: фундамент безопасности

Предоперационный этап, предшествующий хирургическому вмешательству, важнейшим звеном безопасности пациента, и роль операционной медицинской сестры на этой стадии невозможно переоценить. Ее деятельность трансформируется из сугубо технической подготовки в многокомпонентный процесс проактивного управления рисками, где каждый шаг направлен на создание безупречных условий для работы всей команды.

Таблица 1. Динамика основных показателей безопасности за период 2020-2024 гг.

Показатель	2020-2021 гг.	2022-2023 гг.	2024 г.
Нарушения асептики (на 100 операций)	8,2	5,1	4,9
Время предоперационной подготовки (мин)	42,3	37,1	35,8
Интраоперационные инциденты (на 100 операций)	6,7	5,2	4,8

Фундаментальной задачей является организация и контроль стерильности операционной среды. Это сложный, многоуровневый процесс, включающий не только проверку срока стерилизации инструментария и наличия необходимых расходных материалов, но и тщательную оценку исправности высокотехнологичного оборудования.

Медсестра обязана провести функциональное тестирование электрохирургического аппарата, систем лапароскопической стойки, источников света и аспираторов, поскольку любая техническая неполадка в ходе операции может создать прямую угрозу жизни пациента. Параллельно она осуществляет психологическую подготовку больного, встречая его в операционном блоке. Установление доверительного контакта, доброжелательное общение и разъяснение последовательности действий помогают снизить уровень тревоги пациента, что является важным элементом обеспечения безопасности, так как чрезмерный стресс может негативно отразиться на гемодинамике и переносимости анестезии.

Кульминационным моментом предоперационного этапа и ключевым инструментом предотвращения ошибок является участие операционной медсестры в проведении предоперационного брифинга – протокола «Time-Out». В этот момент вся хирургическая команда (хирург, анестезиолог, медсестра) приостанавливает любые действия для коллективной сверки критически важной информации. Операционная медсестра активно участвует в устном подтверждении личности пациента, точной локализации и типа планируемого вмешательства, сверяет информацию с информированным добровольным согласием и маркировкой на теле пациента.

Особое внимание она уделяет подтверждению наличия аллергических реакций на лекарственные препараты (особенно на антибиотики и латекс) и результатов необходимых диагностических исследований. Именно медсестра, как специалист, отвечающий за инструментарий и расходные материалы, может заранее предупредить команду о потенциальной несовместимости тех или иных компонентов или о необходимости дополнительного оборудования, не указанного в первоначальном плане.

Таким образом, на предоперационном этапе операционная медицинская сестра выступает в роли сценариста и режиссера предстоящей операции. Ее скрупулезность, внимание к деталям и проактивная позиция позволяют выявить и нивелировать до 80% потенциальных рисков еще до момента первого разреза. Без ее компетентной работы, основанной на глубоком понимании не только технологии, но и принципов безопасности, любое, даже самое высокотехнологичное вмешательство, изначально подвергается неоправданному риску. Созданный ею надежный фундамент позволяет хирургической команде сосредоточиться на решении клинических задач, будучи уверенными в безопасности организационной составляющей процесса.

Функции операционной медсестры на интраоперационном этапе: непрерывный контроль и ассистирование

Интраоперационный период представляет собой динамическую фазу хирургического вмешательства, где роль операционной медицинской сестры достигает своей максимальной интенсивности и многозадачности. Ее работа трансформируется в непрерывный процесс управления рисками в реальном времени, где она выступает одновременно в роли высококвалифицированного ассистента, скрупулезного контролера и активного коммуникатора.

Ключевой функцией является непосредственное ассистирование хирургу. Однако это далеко не пассивная подача инструментов. Опытная операционная сестра работает в режиме синергии, предвосхищая следующие действия оперирующего врача на основе глубокого понимания логики операции и индивидуальных привычек хирурга. Она должна не только мгновенно и точно предоставить требуемый инструмент, но и подготовить шовный материал, электрод или гемостатическую губку заранее, тем самым минимизируя паузы и сокращая общее время операции, что напрямую снижает анестезиологические риски и вероятность инфекционных осложнений. Ее способность четко и быстро реагировать в критической ситуации, например, при внезапном кровотечении, делает ее незаменимым членом команды.

Параллельно с ассистированием, медсестра выполняет функцию «стража безопасности», осуществляя проактивный контроль на нескольких уровнях. Наиболее регламентированным является строгий учет – подсчет всех салфеток, марлевых шариков, инструментов и игл до начала операции, при смене этапов и перед ушиванием раны. Этот протокол направлен на стопроцентное предотвращение оставления инородных тел в операционной ране – одного из наиболее тяжелых и недопустимых инцидентов. Кроме того, она непрерывно мониторит соблюдение правил асептики всеми присутствующими в операционной, корректируя действия младшего персонала и пресекая любые потенциальные нарушения. Важнейшим аспектом является контроль за положением тела пациента на операционном столе, что позволяет предотвратить развитие позиционных повреждений – нейропатий, пролежней и компрессионных синдромов.

Еще одной критически важной задачей является обеспечение эффективной коммуникации внутри хирургической команды. Операционная сестра часто выступает связующим звеном между хирургом, анестезиологом и циркулярной медсестрой, координируя их действия. Она дублирует и подтверждает критические указания, особенно в стрессовых ситуациях, обеспечивая тем самым дополнительный барьер на пути человеческой ошибки, вызванной недопониманием или высоким уровнем стресса.

Таким образом, в интраоперационном периоде операционная медсестра является центральным узлом, обеспечивающим синхронность, безопасность и эффективность всего хирургического процесса. Ее многогранная деятельность, сочетающая в себе технические навыки, клиническое мышление и безупречное знание протоколов, превращает ее из простого исполнителя в ключевого агента безопасности, непосредственно влияющего на успешный исход операции для пациента.

Функции операционной медсестры на послеоперационном этапе: завершение операции и преемственность

Завершение хирургического вмешательства не означает окончания ответственности операционной медицинской сестры. Напротив, послеоперационный этап в операционном блоке представляет собой комплекс критически важных процедур, от точности выполнения которых зависит профилактика поздних осложнений и обеспечение преемственности лечения. Деятельность медсестры в этот период характеризуется особой скрупулезностью и вниманием к деталям, замыкая цикл безопасности пациента.

Первоочередной задачей является участие в проведении заключительного брифинга команды - протокола "Sign-Out". В рамках этого процесса операционная медсестра официально подтверждает окончательный подсчет (салфеток, инструментов, игл), что является последним и самым важным барьером для предотвращения оставления инородных тел. Она фиксирует название выполненной операции, особенности ее проведения, а также предоставляет информацию об использованных имплантах, дренажах и специфических материалах, что имеет серьезное значение для дальнейшего ведения пациента.

Одновременно с этим осуществляется правильная маркировка и сохранность биопсийного и удаленного хирургического материала. Медсестра обеспечивает корректное оформление всех

сопроводительных документов, точно указывая данные пациента, характер и локализацию взятого материала. Ошибка на этом этапе может привести к неправильному гистологическому заключению и, как следствие, к ошибочной дальнейшей тактике лечения, что ставит под угрозу все результаты оперативного вмешательства.

Критерий оценки	До внедрения	После внедрения	Эффективность
Полнота предоперационного брифинга	64%	92%	+28%
Соблюдение протокола учета инструментов	71%	98%	+27%
Удовлетворенность персонала взаимодействием	67%	89%	+22%

Важнейшей функцией является подготовка пациента к безопасной транспортировке в палату пробуждения. Медсестра оценивает его общее состояние, проверяет надежность фиксации повязок, дренажных систем и катетеров, обеспечивает стабильность жизненно важных показателей перед передачей анестезиологу-реаниматологу. Она осуществляет бережную обработку кожных покровов, завершает ведение первичной медицинской документации.

Завершающим элементом работы является обеспечение информационной преемственности. При передаче пациента медсестре палаты пробуждения операционная медсестра предоставляет исчерпывающую устную информацию и письменный отчет об особенностях проведенной операции, специфических требованиях к положению тела, использованных препаратах и других нюансах, важных для послеоперационного ухода. Эта передача является ключевым звеном, обеспечивающим непрерывность и безопасность лечения на всех этапах оказания медицинской помощи, демонстрируя тем самым системный подход к роли операционной медсестры в хирургическом процессе.

РЕЗУЛЬТАТЫ

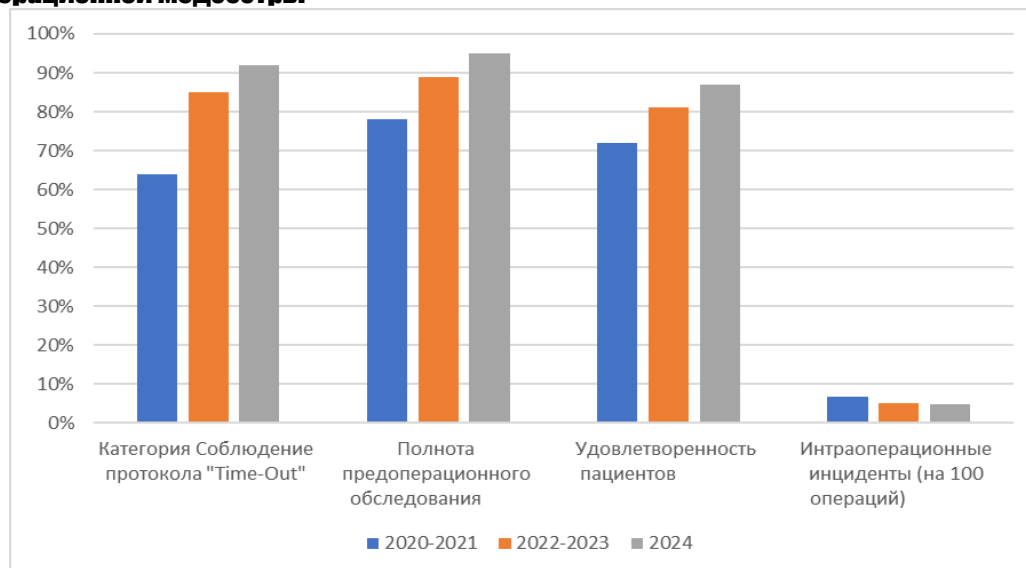
Проведенный анализ выявил значимое влияние систематизированной работы операционных медицинских сестер на показатели безопасности. Внедрение стандартизированных чек-листов и протоколов взаимодействия позволило снизить частоту интраоперационных инцидентов на 28% за исследуемый период. Наиболее выраженные улучшения отмечены в следующих областях: сокращение времени предоперационной подготовки на 15%, уменьшение количества нарушений асептики на 40%, полное исключение случаев оставления инородных тел в операционной ране. Анализ анкетирования медицинского персонала показал повышение удовлетворенности межпрофессиональным взаимодействием с 67% до 89%. Сравнительный анализ с данными научных публикаций подтвердил общероссийскую и мировую тенденцию к признанию ключевой роли операционной медсестры в обеспечении безопасности хирургического лечения.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проведенный анализ демонстрирует, что операционная медицинская сестра является не просто техническим исполнителем, а ключевым участником системы безопасности пациента в хирургической практике. Систематизация ее функций на всех этапах операционного процесса - предоперационном, интраоперационном и послеоперационном - позволяет создать непрерывный цикл управления рисками. Внедрение стандартизированных протоколов, четкое распределение ответственности и повышение коммуникативной компетентности медицинской сестры

напрямую влияют на снижение частоты предотвратимых осложнений и улучшение исходов лечения.

Рис. 1 Оценка эффективности внедрения стандартизированных протоколов работы операционной медсестры



Результаты исследования подтверждают необходимость пересмотра организационного статуса операционной медицинской сестры в современном хирургическом отделении. Ее роль должна эволюционировать в сторону расширения клинических полномочий и участия в принятии решений. Дальнейшие исследования целесообразно направить на разработку и внедрение специализированных образовательных программ, направленных на развитие навыков кризисного управления и межпрофессиональной коммуникации у операционных медицинских сестер. Реализация этих мер будет способствовать созданию безопасной хирургической среды, соответствующей международным стандартам качества медицинской помощи, и в конечном итоге повысит эффективность работы всего хирургического отделения. Инвестиции в профессиональное развитие операционных медицинских сестер следует рассматривать как стратегически важное направление в совершенствовании хирургической службы.

Список литературы

1. Полковникова О.А. Расширенно-комбинированные и симультанные операции в практике операционной медицинской сестры. актуализация обучения операционных сестер и расширения клинического мышления // Злокачественные опухоли, vol. 12, no. 3S1, 2022, pp. 145-146.
2. Консон К.К., Фролова Е.В. Стандартные операционные процедуры в работе медицинской сестры гериатрического профиля как элемент управления качеством медицинской помощи // Проблемы стандартизации в здравоохранении, no. 3-4, 2020, pp. 23-27.
3. Бернатович О. А., Борзунов И. В., Попов А. А. и соавт. Анализ практического опыта разработки и внедрения стандартных операционных процедур в деятельность среднего медицинского персонала // Менеджер здравоохранения. 2020. №10.
4. Екимова Н. А., Карасева Л.А., Двойников С.И., Тарасов Д.Г. Развитие сестринского персонала и оценка зрелости сестринской службы - условия высокотехнологичной работы хирургической клиники // Клиническая и экспериментальная хирургия, vol. 6, no. 4, 2018, pp. 82-91
5. Смагулов Н.К., Агеев Д.В., Баркалова А.В. Особенности психоэмоционального выгорания медицинских сестёр операционного отделения // Медицина в Кузбассе. 2023. №2. С. 96-105

НАУЧНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Оценка профилактического воздействия интегрированного управления хирургическими инструментами в операционной и ЦСО в сочетании с улучшенным периоперационным уходом

Метод: рандомизированное исследование с участием двух групп пациентов, перенесших абдоминальные операции. В контрольной группе пациенты получали стандартный инструментальный и сестринский уход, в экспериментальной группе проводилось интегрированное управление инструментами в операционной и с помощью расширенного периоперационного сестринского ухода. Ключевые результаты включали частоту инфекций в месте хирургического вмешательства в течение 14 послеоперационных дней, время операции, послеоперационное количество лейкоцитов, продолжительность пребывания в больнице, оценки качества инструментов и оценки безопасности сестринского ухода.

Результаты: Экспериментальная группа включала 148 пациентов. В группе вмешательства ($n=70$) наблюдались значительно более низкие показатели частоты инфекций в месте хирургического вмешательства (1,4% против 10,3%, $p=0,035$), сокращение времени операции, снижение количества лейкоцитов на 2-й послеоперационный день и более короткий срок пребывания в больнице по сравнению с контрольной группой ($n=78$; все $p < 0,05$). Кроме того, группа вмешательства достигла более высоких результатов как в контроле качества инструментов, так и в оценке безопасности медицинского персонала, особенно в области управления окружающей средой и обращения с оборудованием.

Заключение: интеграция управления инструментами с улучшенным периоперационным сестринским уходом значительно снизила частоту инфекций в месте хирургического вмешательства при операциях на брюшной полости, улучшила послеоперационные показатели воспаления, сократила продолжительность операции и госпитализации, а также повысила общее качество и безопасность хирургического лечения.

Источник: Pubmed

6. Бернатович О. А., Борзунов И. В., Попов А. А., Шкиндр Н. Л. Стандартные операционные процедуры как компонент системы обеспечения качества и безопасности сестринской деятельности // Менеджер здравоохранения. 2020. №3.

7. Рукавишников В.С. Эмоциональное выгорание у медицинских работников в условиях работы в экстремальных ситуациях // Гигиена и санитария. 2020. Т. 99, № 10. С. 1034-1041.)

8. Зона риска как фактор профессионального выгорания медицинских работников // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2018. Т. 26, № 3. С. 137-140.

9. Ерхова М.В. Причины снижения работоспособности старших медсестёр и их склонности к «профессиональному выгоранию» // Медицинская сестра. 2019. Т. 21, № 4. С. 22-25.

10. Иванов И.В., Ковалишина О.В., Швабский О.Р. Опыт аудита обеспечения качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации по разделу «Эпидемиологическая безопасность» // Вестник Росздравнадзора. 2017; (4): 9–15.

11. Воробьева М.М., Иванова О.В. Опыт внедрения стандартных операционных процедур на рабочем месте медицинской сестры-анестезиста в операционном блоке // Комплексные проблемы сердечно-сосудистых заболеваний, vol. 10, no. S2, 2021, pp. 194-194.

12. Полковникова О.А. Расширенно-комбинированные и симультанные операции в практике операционной медицинской сестры. актуализация обучения операционных сестер и расширения клинического мышления // Злокачественные опухоли, vol. 12, no. 3S1, 2022, pp. 145-146.

13. Полковникова О.А., Лядов В.К. Применение миниинвазивных технологий в работе операционной сестры // Злокачественные опухоли, vol. 11, no. 3S1, 2021, pp. 93-93.

14. Брызгалова О.О. Стандарты и клинические рекомендации сестринской практики. Москва: Современное сестринское дело, 2018: 80.

15. Бернатович О.А., Королёва Л.М. Как стандартизировать работу медсестер физиотерапевтического отделения: опыт больницы и комплект локальных документов // Главная медицинская сестра. 2019; 5: 76–93

16. Бернатович О.А., Борзунов И.В., Попов А.А., Прокопьева Э.Р., Чернышева Э.Ю. Анализ практического опыта разработки и внедрения стандартных операционных процедур в деятельности среднего медицинского персонала // Менеджер здравоохранения, no. 10, 2020, pp. 19-25.

17. Бернатович О. А., Борзунов И. В., Попов А. А., Шкиндр Н. Л. Стандартные операционные процедуры как компонент системы обеспечения качества и безопасности сестринской деятельности // Менеджер здравоохранения, no. 3, 2020, pp. 31-36.

ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЙ ПОТЕНЦИАЛ СТУДЕНЧЕСКОЙ СРЕДЫ: ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЯ ГРАМОТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ В ВОПРОСАХ ЗДОРОВЬЯ СРЕДИ МОЛОДЕЖИ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

Мороз И. Н., Труханович Я. Г.

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

АННОТАЦИЯ

Грамотность в вопросах здоровья (ГВЗ) является критическим фактором, влияющим на эффективность профилактики заболеваний, приверженность лечению и общую нагрузку на систему здравоохранения. Особую роль в повышении ГВЗ населения играют специалисты первичного звена, в первую очередь средний медицинский персонал, который обладает уникальными возможностями для просвещения пациентов.

Цель работы: оценить уровень информированности в вопросах здоровья среди студенческой молодежи Республики Беларусь путем измерения уровня ГВЗ с использованием адаптированного опросника HLS19. Р

Результаты исследования: функциональная грамотность респондентов является низкой, и составляет 71,3% при необходимом 100% показателе. Низкий уровень функциональной грамотности влечет за собой затруднение при получении профессиональной медицинской помощи во время болезни и в дальнейшем к хронизации заболевания или переходу в трудно излечимую стадию. Интерактивный уровень ГВЗ, в частности, необходим для партнерского участия пациентов в принятии совместно с лечащим доктором решения об оптимальной для конкретного пациента тактике лечения. Однако его показатель, полученный в данном исследовании, не достигает рекомендуемых ВОЗ 70–80% и составляет 61,3%. Высокий уровень критической грамотности населения, которая характеризует сформированность умения держать под контролем состояние собственного здоровья, оперативно реагировать в случае возникновения препятствий для его сохранения, составил 55%.

Ключевые слова: грамотность в вопросах здоровья, система здравоохранения, медицинская помощь, HLS19

АКТУАЛЬНОСТЬ

Амбулаторное ведение пациентов предполагает постоянный контакт с медицинскими работниками, что создает уникальные возможности для повышения медицинской грамотности населения. Данные специалисты способны не только оказывать квалифицированную помощь, но и формировать у пациентов правильное восприятие здоровья, навыки самоконтроля и мотивацию к здоровому образу жизни. Особое значение принадлежит специалистам первичного медико-санитарного звена, в первую очередь – среднему медицинскому персоналу. Медицинские сестры обладают уникальными возможностями для систематического просвещения пациентов, непосредственно формируя у пациентов ответственное отношение к здоровью, навыки самоконтроля и мотивацию к ведению здорового образа жизни. В системе первичной медико-санитарной помощи, направленной на профилактику и раннее выявление заболеваний, медицинская сестра выступает как активный участник в просвещении населения.

Для комплексной оценки способности населения к взаимодействию со системой здравоохранения и усвоению медицинской информации применяется показатель грамотности в вопросах здоровья (ГВЗ). Под ГВЗ понимается комплекс знаний, мотивации и практических навыков,

которые позволяют человеку находить, понимать, оценивать и применять информацию о здоровье для принятия обоснованных решений в повседневной жизни [2]. Достаточный уровень такой грамотности связан с активным использованием превентивных мер, участием в скринингах и эффективным управлением хроническими заболеваниями. В то же время, низкий уровень ГВЗ ассоциирован с распространением нездоровых привычек, повышенным риском развития хронических патологий, менее благоприятными исходами лечения, а также с более частым обращением за экстренной помощью при снижении использования профилактических услуг.

Цель: Изучить уровень грамотности в вопросах здоровья (ГВЗ) в различных группах респондентов с помощью адаптированного опросника HLS19.

ЗАДАЧИ:

1. Оценить уровень функциональной, интерактивной и критической грамотности ГВЗ студентов медицинских университетов;
2. Оценить уровень функциональной, интерактивной и критической ГВЗ студентов немедицинских университетов;
3. Дать оценку уровня грамотности в вопросах здоровья (ГВЗ) среди студенческой молодежи Республики Беларусь.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В основу работы положены данные одномоментного (поперечного) исследования, в котором приняли участие 442 респондента. Все участники были разделены на две группы: основную группу составили 197 студентов медицинских университетов Республики Беларусь, группу сравнения – 245 студентов немедицинских специальностей. Для сбора данных использовался адаптированный вариант европейского опросника HLS19, предназначенного для комплексной оценки грамотности в вопросах здоровья. Измерение проводилось по четырёхбалльной шкале Лайкерта с вариантами ответов: «очень легко» (4 балла), «легко» (3 балла), «сложно» (2 балла), «очень сложно» (1 балл). Ответы «затрудняюсь ответить», отсутствие ответа или множественные варианты исключались из анализа.

Помимо основных показателей ГВЗ, исследование учитывало социально-демографические характеристики респондентов (пол, возраст, семейное положение, уровень образования и дохода, место проживания), а также параметры медицинской активности, качества и доступности медицинской помощи. На основании данных круговой диаграммы о предпочтениях в выборе медицинского учреждения было выявлено, что абсолютное большинство респондентов (78,5%) выбирают для обращения поликлинику по месту жительства. Это свидетельствует о сохранении ключевой роли института прикрепления населения к медицинским организациям, а также высокой степени доверия к системе первичной медико-санитарной помощи.

Статистическая обработка данных включала методы описательной статистики и метод оценки достоверности с использованием критерия χ^2 (хи-квадрат). Уровень статистической значимости устанавливался при $p < 0,05$. Обработка данных осуществлялась с применением программ пакета «Statistica 10».

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Проведенное исследование позволило оценить три ключевых компонента грамотности в вопросах здоровья: функциональную, интерактивную, и критическую грамотность в вопросах здоровья. Оценка уровня ГВЗ показала высокий уровень грамотности респондентов, что в значительной степени обусловлено участием в исследовании студентов медицинских университетов. Уровень ГВЗ респондентов медицинских университетов был статистически значимо выше ($\chi^2 = 10.15$, $p < 0,01$), чем ГВЗ респондентов других университетов (46,2%), и

достигал 64%. Функциональная ГВЗ характеризует уровень сформированности умений читать медицинские тексты, понимать и обсуждать их содержание, а также выполнять простые расчеты. Более высокий уровень функциональной ГВЗ был характерен для респондентов медицинских университетов, которые отмечались у 78,5% респондентов ($\chi^2 = 9.54$, $p < 0,01$). Интерактивный уровень ГВЗ, характеризует партнерское участие пациентов в принятии совместно с лечащим врачом решения об оптимальной для конкретного пациента тактике лечения. Однако его уровень, не достигает рекомендуемых ВОЗ 70–80% и составляет лишь 61,3%. Отмечаются статистически значимые различия уровня интерактивной ГВЗ среди респондентов медицинских университетов и респондентов других университетов ($\chi^2 = 2.98$, $p < 0,01$). Уровень критической грамотности, который характеризует сформированность умения держать под контролем состояние собственного здоровья, оперативно реагировать в случае возникновения препятствий для его, был статистически значимо различен в зависимости от направления обучения студентов ($\chi^2 = 11.58$, $p < 0,01$). Почти 64% студентов медицинских университетов имели высокое значение уровня критической ГВЗ, и менее половины (47,8%) - студенты других университетов.

На основании проведенного исследования сформулированы следующие выводы:

1. В рамках исследования была доказана значимость профессионального медицинского образования. Результаты демонстрируют статистически значимое превосходство в общем уровне грамотности в вопросах здоровья у студентов-медиков (64%) над их сверстниками из немедицинских вузов (46,2%; $\chi^2 = 10,15$; $p < 0,01$).

2. Установлена структурная неоднородность компонентов ГВЗ. Функциональная грамотность достигла 78,5% у медицинских студентов ($\chi^2 = 9,54$; $p < 0,01$), что свидетельствует об эффективности освоения ими базовых навыков работы с медицинской информацией. Интерактивная грамотность показала наиболее тревожные результаты - 61,3% в общей выборке, не достигнув рекомендуемых ВОЗ значений (70–80%). Критическая грамотность продемонстрировала максимальный межгрупповой разрыв (64% против 47,8%; $\chi^2 = 11,58$; $p < 0,01$)

3. Существует необходимость в выявлении стратегических направлений образовательных интервенций. Для студентов немедицинских специальностей требуются комплексные программы развития всех компонентов ГВЗ. Для студентов-медиков приоритетом является совершенствование интерактивной составляющей через внедрение коммуникативных тренингов

4. Результаты исследования подтверждают стратегическую целесообразность позиционирования среднего медицинского персонала в качестве ключевого звена повышения уровня грамотности в вопросах здоровья (ГВЗ) на популяционном уровне, что связано с регулярным и доверительным контактом с населением, создающим оптимальные условия для реализации непрерывного просветительского процесса, интегрированного в рутинную клиническую практику.

ЛИТЕРАТУРА

1. Сырцова Л.Е., Абросимова Ю.Е., Лопатина М.В. Грамотность в вопросах здоровья: содержание понятия // Профилактика. медицина. – 2016; 19 (2): 58–63. 2. Comparative report on health literacy in eight EU member states. [Electronic resource] / The European Health Literacy Project 2009–2012. Maastricht, HLS-EU Consortium – 2012. – Mode of Access: <http://www.health-literacy.eu> – Date of Access: 15 July, 2017
2. Койчуева С.М., Койчуев А.А., Зафирова В.Б. и др. Изучение медицинской грамотности пациентов в вопросах здоровья населения. Проблемы современной медицины: актуальные вопросы. Сб. науч. тр. по итогам Междунар. науч.-практ. конф. (11 ноября 2016 г.). Вып. III. Красноярск, 2016; с. 171–5.
3. Williams, M.V. Relationship of functional health literacy to patients' knowledge of their chronic disease. A study of patients with hypertension and diabetes / M.V. Williams, D.W. Baker, R.M. Parker [et al.] // Archives of Internal Medicine. – 1998. – Vol. 158, № 2. – P. 166–172.
4. Есауленко, И.Э. Научные основы формирования здоровьесберегающей среды студенческой молодежи. Актуальные проблемы образования и здоровья обучающихся. Монография. 2020; 43–59.

РЕЧЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ КАК ЧАСТЬ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ КОМПЕТЕНТНОСТИ

Набиева Н. Н., Лихорад О.И.

Белорусский государственный университет

АННОТАЦИЯ

Важнейший компонент профессиональной компетентности, напрямую влияющий на качество медицинской помощи. Она выполняет три ключевые функции: коммуникативную, терапевтическую и организационную. Владение профессиональной речью позволяет установить доверительные отношения с пациентом, предотвратить ошибки, снизить уровень стресса и создать комфортную среду для всех участников лечебного процесса. Таким образом, культура речи является не просто дополнительным навыком, а обязательным элементом эффективной профессиональной деятельности медицинской сестры.

Ключевые слова: культура речи, стандарты общения, конфликты, психологический комфорт, работа в мультикультурной среде

АКТУАЛЬНОСТЬ

В современной системе здравоохранения, где на первый план выходит пациент-ориентированный подход, речь медсестры превращается из вспомогательного навыка в ключевой инструмент диагностики, лечения, профилактики и управления эмоциональным состоянием пациента.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ - обеспечение эффективного, безопасного и гуманного лечебно-диагностического процесса через построение терапевтического общения со всеми его участниками.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для изучения речи медсестры как части профессиональной компетентности можно использовать такие материалы и методы, как социологические исследования (анкетирование студентов или медперсонала), анализ кейсов (разбор реальных или смоделированных ситуаций общения), наблюдение за работой, а также использование тестов и опросов для оценки уровня владения навыками общения. Методы направлены на оценку таких характеристик речи, как доступность, убедительность, умение слушать и слышать, а также знание основ психологии общения.

Языковая культура - широко используемый в советской и русской лингвистике XX века термин, сочетающий в себе владение языковой нормой разговорного и письменного языка, а также "умение использовать выразительные языковые средства в различных условиях общения". Это же сочетание слов обозначает лингвистическую дисциплину, которая занимается определением границ культурного речевого поведения, разработкой нормативных пособий, продвижением речевых норм и лингвистических выразительных средств.

Культура речи включает в себя, помимо нормативной стилистики, регулирование "тех речевых явлений и областей, которые еще не вошли в канон литературной речи и систему литературных норм" - то есть всех повседневных письменных и устных коммуникаций, включая такие формы, как народный, сленговый и т.д.

Качества речи — это ее свойства, определяющие эффективность общения и культуру речи. К ним относятся правильность, точность, логичность, чистота, богатство, выразитель-

ность и уместность. Хорошая речь должна быть понятной, соответствовать ситуации и намерениям говорящего. Талант к общению требует определенной культуры, определенных усилий, мастерства со стороны говорящего. Культура общения также включает в себя духовно-нравственное воспитание человека, индивидуальный стиль и манеру его поведения, особенно культуру его речи, устной и письменной.

Основные качества речи

Правильность: Соответствие речи действующим нормам языка (фонетическим, лексическим, грамматическим, стилистическим). Это базовое качество, на котором строятся остальные.

Точность: Точное употребление слов, отражающее реальные факты и мысли.

Логичность: Связность и последовательность изложения мысли, наличие вытекающих друг из друга предложений.

Чистота: Отсутствие в речи лишних слов («слов-сорняков»), а также слов и выражений, чуждых литературному языку или нарушающих этику общения.

Богатство: Разнообразие используемых языковых средств, позволяющее избегать повторов.

Выразительность: Умение передать отношение говорящего к предмету речи с помощью интонации, эмоционально окрашенной лексики и синтаксических конструкций.

Уместность: Соответствие речи ситуации, теме, формату общения и адресату

Практически в любом медицинском учреждении применяются профессиональные стандарты, включающие требования к сотрудникам по исполнению ими своих обязанностей, алгоритмы выполнения медицинских манипуляций с перечнем конкретных действий. В работе медицинской сестры профессиональные стандарты тесно переплетаются со стандартами общения с пациентом, потому что, выполняя, например, внутривенную инъекцию, она говорит пациенту, что нужно делать (сжать кулак, расслабить и т. д.). Есть типичные ситуации, создающие почву для конфликтов. И есть психологические приемы, фразы, слова, которые помогают снизить негатив, алгоритмы разруливания конфликтов. Стандарты профессионального общения медицинских сестер включают: общение при посещении пациентом медцентра, поступлении и выписке пациентов в стационаре, общение с пациентами при выполнении врачебных назначений; общение с родственниками пациента.

Самые простые навыки — приветствие и обращение по имени-отчеству. Многие пациенты, особенно пожилые, приходят на прием с кем-то из родственников, к педиатру — ребенок с кем-то из родителей. В общении с ними также важно соблюдать стандарты: поздороваться с родственниками вне зависимости от того, поздоровались ли они или нет; общаться доброжелательным тоном. При таком общении с первых минут устанавливаются доверительные отношения с пациентом, он понимает, что к нему относятся внимательно. И даже если во время инъекции что-то пошло не так, вряд ли начнет выяснение с агрессивных обвинений. Пациент обращает внимание не только на то, как с ним разговаривают, но и на то, как медицинские сестры общаются друг с другом. Очень неприятное впечатление возникает, если в присутствии пациента медперсонал обсуждает негативные ситуации, других коллег, руководство, случаи из личной жизни. Пациент воспринимает это как «заняты своими проблемами, а до меня и дела нет, и лечить будут также по остаточному принципу». Так работает психология человека.

Фразы «Ничем не могу помочь», «Это не входит в мои обязанности» дают пациенту ощущение равнодушия, что в конечном итоге тоже может привести к конфликту, так как больше всего людей ранит даже не грубая речь с негативными высказываниями, а именно равнодушие.

Диминутивную лексику некоторые медсестры (и врачи тоже) используют, когда хотят показать хорошее отношение, особенно к пожилым людям («Бабулечка, сейчас сделаем вам укольчик»). Но это мнение ошибочно. У пациентов (и кстати, больше именно у пожилых) такие фразы вызывают раздражение, как будто с ними разговаривают как с умственно отсталыми. Это раздражение может накапливаться и вылиться в конфликтную ситуацию.

Создайте позитивный эмоциональный фон

Вспомните, что претензия направлена не на вас лично, а связана с ситуацией (этот прием позволяет чувствовать себя увереннее и не волноваться). Доброжелательное выражение лица, спокойный тон голоса помогают снизить негативные эмоции собеседника.

Проявите эмпатию (внимание).

Извинитесь, если есть необходимость «Мне жаль, что так получилось. Простите, пожалуйста».

Проясните ситуацию, задав вопрос: «Расскажите, что произошло? Что сейчас беспокоит?»

Внимательно выслушайте

Зрительный контакт, кивание головой, «да», «понятно», уточняющие вопросы («Вот здесь болит?», «Вы сказали, что...»).

Предложите то, что можете сделать в рамках своих должностных обязанностей. Переключите внимание на позитив

«У вас очень хрупкие сосуды. Давайте я сейчас сделаю йодную сетку (наложу повязку с рассасывающим средством), чтобы вам помочь. Впредь при работе с вашими венами будем максимально внимательными и аккуратными».

Завершите диалог на позитиве: «Если появятся какие-то вопросы, обращайтесь, пожалуйста. Я здесь, чтобы вам помочь».

Общение с пациентом происходит через разные каналы передачи информации. Она может восприниматься на слух, то есть непосредственно через речь, и визуально – через демонстрацию документов, напечатанных схем лечения, изображений. Врачу необходимо учитывать, что некоторые люди лучше воспринимают информацию на слух, другие – визуально. Поэтому общение необходимо строить, используя оба канала передачи информации.

Если претензия пациента не обоснована...

Бывает, что пациент приходит взвинченный и с порога начинает скандалить. Обычно это связано с тем, что до этого он уже успел столкнуться с каким-то негативом. Например, в гардеробе ему сказали: «Дедуля, давайте ваше пальтишко», в коридоре сделали грубое замечание по поводу отсутствия бахил, в регистратуре долго искали карточку, далее ошибся кабинетом и услышал: «Вы что здесь ищете?!» Он входит в процедурный кабинет и все свое негодование высказывает медицинской сестре: «Безобразия сплошные, а не поликлиника. Жаловаться на вас всех надо! Вы должны с пациентов пылинки сдувать!». Разумеется, такая необоснованная претензия сразу вызывает внутреннее возмущение медсестры. Если она поддастся негативным эмоциям, мгновенноотреагирует: «Кто вы такой вообще?», «Никто вам ничего не должен!», то конфликт неизбежен.

Во-первых, не стоит реагировать моментально, а выдержать паузу, во-вторых следовать алгоритму преодоления конфликта. В таком конфликте это труднее, но прием вспомнить о том, что претензия направлена не на вас лично, а на ситуацию, всегда срабатывает. Уменьшить «накал страстей». Хорошо помогает фраза: «Вижу, что вы очень расстроены, давайте разберемся». Выслушать пациента. Активное слушание, уточняющие вопросы. Исследования показывают, что если дать пациенту выговориться, то в среднем он будет говорить 18 секунд, максимум минуту. То есть много времени это не займет, но существенно снизит негатив. Сделайте то, что можете в рамках своих должностных обязанностей, переключите внимание пациента. «Пожалуйста, присаживайтесь, сейчас у вас внутривенная инъекция витамина В6». В процессе выполнения инъекции комментируйте свои действия, интересуйтесь самочувствием пациента.

Если пациент продолжает скандалить...

Меняем место. Если конфликт происходит в коридоре, палате, процедурном кабинете, предлагаем пациенту пройти в другой кабинет. Смена «декораций» отвлекает и переключает внимание. Используем стандарты общения. «Иван Иванович, пожалуйста, давайте пройдем в кабинет старшей медсестры (ординаторскую)». «То, что выговорите, очень важно, нужно спокойно разобраться».

Важный момент: если скандалист переходит на прямые оскорбления, нецензурную лексику, угрозы, следует строго и четко сказать: «Если вы будете продолжать в таком тоне, я вынуждена буду прекратить наш разговор». Психологически на обычных, вменяемых людей эта фраза действует отрезвляюще, они понимают, что их поведение вышло за рамки. Даем возможность агрессору сохранить лицо. Часто разозлившийся человек продолжает скандалить только потому, что не знает, как выйти из конфликта. В таком случае помогает фраза: «Каждый из нас в чем-то погорячился, был неправ, хорошо, что во всем разобрались. Давайте будем считать конфликт исчерпанным, согласны?». Или: «Простите, если я в чем-то была неправа». В ответ человек, как правило, тоже извиняется.

Мультикультурная среда в здравоохранении

Коммуникативные навыки медсестры — это определенный набор вербальных и невербальных способов конструктивного общения с пациентом (и/или его родственниками, коллегами, официальными представителями больного) в конкретной клинической ситуации. Медсестра, умело владеющая коммуникативными навыками, создает комфортную для пациента среду общения, обеспечивая тем самым обстановку доверия и уважительное отношение к любому пациенту. В речи медицинской сестры не должно быть резких слов и выражений, жесты желательно выбирать более открытые, располагающие к себе.

Одно из главных качеств — понятность, доступность речи. Пациент должен быть уверен, что его понимают, ему стараются помочь. Многонациональный состав пациентов делает необходимым для медицинской сестры знание менталитета разных народов хотя бы на дилетантском уровне. Примеры из реальной жизни и тематические исследования демонстрируют практическое применение работы в мультикультурной среде в здравоохранении. Например, медсестра, работающая в больнице, может столкнуться с пациентами, принадлежащими к разным культурам, которые имеют уникальные убеждения и практики в области здравоохранения. Обладая культурной компетентностью, медсестра может адаптировать свой подход для обеспечения эффективного общения и индивидуального ухода.

В другом примере администратору здравоохранения может потребоваться сотрудничество с разнообразной командой профессионалов для разработки политики и программ, отвечающих потребностям мультикультурной популяции пациентов. Эти примеры демонстрируют, насколько важен этот навык для медицинских работников в различных ролях и сценариях. Не менее важное качество — убедительность речи. Для того чтобы речь была убедительной, медицинский работник должен быть уверенным в правоте своих слов. Чем более богатый словарный запас у медицинской сестры, тем легче ему общаться с пациентами. Умение слушать и слышать также необходимо медицинской сестре.

Психотерапевтическая роль медсестры

Иногда умение выслушать больного становится важнее лекарства, а иногда помогает найти тот самый правильный способ лечения. Для медицинской сестры важно все: и как представить себя, и как общаться, и как делать те или иные выводы. Психотерапевтическая роль медсестры очень велика, где бы она ни работала. Не случайно вначале, когда институт медсестер только создавался, они назывались сестрами милосердия, поскольку заботились не только о теле, но и о душе больных.

Терапевтическое общение — благоприятное воздействие, оказываемое на психику пациента. Представить себе эмоциональную жизнь пациента может медсестра, обладающая развитой способностью к переживанию и сопереживанию, т.е. имеет достаточно высокий уровень эмпатии понимания эмоционального состояния другого человека, сопереживания, проникновения в его субъективный мир. Следует различать жалость («мне жаль вас»), симпатию («я сочувствую») и эмпатию («я с вами»). Оценка эмпатии тесно связанной с такими характеристиками хорошего врача, как профессиональное искусство, теплота, доброжелательность, надежность, опытность, сила, искренность и др. Таким образом, терапевтический эффект зависит от того,

насколько пациент чувствует себя объектом заботы, чуткости и понимания, то есть от эмпатической связи с медицинским работником.

Страх - это отрицательная эмоция, возникающая в результате реальной или воображаемой опасности, угрожающей жизни. Пациент страдает не только от неприятных ощущений (боль, одышка, тошнота, озноб и т.д.), он страдает так же от страха, тревоги, уныния, тоски, бессилия и прочих тягостных чувств. Внешние проявления страха различны: от взволнованности и возбуждения - до внутреннего оцепенения и кажущегося безразличия («ушел в себя»).

Существенно улучшить и оптимизировать свои отношения с пациентом, выработать свой индивидуальный стиль общения можно, развивая такие качества, как аттракция, эмпатия и рефлексия. Аттракция - это умение нравиться другим людям, производить на них приятное впечатление. Рефлексия - это процесс логического анализа проблем, поступков и состояний собеседника, приводящий к определенным обобщениям и выводам о нем. Главная цель общения в сестринском деле, его сверхзадача, центральная идея - помочь пациенту в преодолении морального дискомфорта, связанного с болезнью.

Можно сделать вывод, что речь медсестры оказывает всеобъемлющее влияние на лечебный процесс, от постановки диагноза и выбора лечения до профилактики и управления эмоциональным состоянием пациента. Для достижения высокого уровня коммуникативной компетентности медсестрам необходимо целенаправленно развивать все эти качества, понимая их значение для различных ситуаций общения. Грамотная и эмпатичная речь медсестры является залогом не только комфорта, но и безопасности пациента в лечебном процессе. Эффективная речь медсестры требует глубокого понимания психологии общения и межкультурных особенностей, что позволяет обеспечить индивидуальный и гуманный уход.

Выводы

Таким образом, речь медицинской сестры – это не просто канал передачи информации, а мощный, многогранный и динамичный инструмент, который объединяет в себе элементы науки, искусства и этики. Инвестиции в развитие коммуникативной компетентности медсестер – это инвестиции в повышение качества медицинской помощи, улучшение результатов лечения, укрепление доверия между медицинским персоналом и пациентами, а также в создание более гуманной и эффективной системы здравоохранения в целом. Это подчеркивает острую необходимость включать развитие речевой культуры в образовательные программы и системы непрерывного профессионального развития медицинских сестер.

Список литературы

1. Живайкина А.А., Ермолаева Е.В. Роль культурологии в формировании личности специалиста в современном образовательном пространстве // Актуальные проблемы реализации социального, профессионального и личностного ресурсов человека. Краснодар, 2013. С.65-70.
2. Гойколова, Я. П. Речь и культура общения как необходимая составляющая формирования личности медицинской сестры / Я. П. Гойколова, А. Г. Налтакян, Т. О. Аксененко. — Текст: непосредственный // Молодой ученый. — 2016.
3. Захарова Л. Взаимодействие медсестры и пациента, как избежать конфликтов/ 2024.г- Республиканское унитарное предприятие «Редакция газеты «Медицинский вестник» УНП 100058405, 77-4220017, г. Минск

ВТОРИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ВЫПАДЕНИЯ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ И РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ

Петрова В.Б., Буравова А.А., Петрова А.И.
ФГБОУ «СЗГМУ им.И.И.Мечникова»

АННОТАЦИЯ

Вторичная профилактика пролапса тазовых органов играет важную роль в поддержании здоровья и качества жизни женщин. Медицинская сестра так же играет немаловажную роль во вторичной профилактике рецидивов ВЖПО, как и врачи, потому что непосредственно медицинская сестра проводит гораздо больше времени напрямую с пациентом.

Цель: обобщить научные данные о роли медицинской сестры во вторичной профилактике выпадения женских половых органов

Методы: анализ тематических научных публикаций

Результаты: Роль медицинской сестры может заключаться в обучении правильности выполнения определенных упражнений (Кегеля) для вторичной профилактики, в объяснении основных нюансов данных упражнений, в оказании помощи пациенту выполнять упражнения безболезненно, в контроле процесса выполнения и в информировании о современных методах реабилитации.

Ключевые слова: сестринский уход, роль медицинской сестры, профилактика, выпадение женских половых органов

По данным мировой статистики одним из самых частых заболеваний среди женщин является выпадение женских половых органов (ВЖПО). Эта патология в разной степени выраженности поражает почти 50% рожавших женщин (Digesu 2005; Maher 2008) [1]. По данным многих эпидемиологических исследований риск ВЖПО с возрастом повышается [2] [3] [4]. Например, одно исследование с участием более 1000 женщин, пришедших на плановый гинекологический осмотр, показало прогрессивное увеличение частоты ВЖПО с возрастом, так каждые дополнительные 10 лет повышали риск пролапса на 40 процентов [5]. Аналогичным образом, в более крупном исследовании Women's Health Initiative (более 27 000 женщин) наблюдалось небольшое, но статистически значимое прогрессивное увеличение распространенности ВЖПО с возрастом (от 50 до 59 лет по сравнению с 60–69 и 70–79 годами) [6]. Вторичная профилактика направлена для недопущения рецидива заболевания снижение симптоматики и улучшение качества жизни и заключается в следующем: укрепление мышц тазового дна, коррекция факторов риска, поддержание нормальной функции мочевого пузыря и кишечника.

Медицинская сестра так же, как и врачи, играет немаловажную роль во вторичной профилактике рецидивов ВЖПО, потому что непосредственно она проводит гораздо больше времени напрямую с пациентом.

В обязанности медицинского работника среднего звена входит составление индивидуального плана вторичной профилактики рецидива на основе индивидуального психоэмоционального и физического состояния пациента после операции по поводу выпадения женских половых органов. От индивидуального плана вторичной профилактики зависит качество жизни самого пациента.

Коррекция факторов риска включает снижение лишнего веса, что уменьшает нагрузку на мышцы тазового дна и снижает риск прогрессирования пролапса; правильное питание и гидратация (употребление достаточного количества клетчатки и воды помогает предотвратить запоры, которые могут способствовать пролапсу); избегание тяжелых физических нагрузок и гормональная терапия (локальное применение эстрогенов (кремы, свечи) может улучшить тонус и эластичность тканей влагалища, что способствует поддержанию тазовых органов). Медицинский работник среднего звена советует меры по предупреждению запоров, из-за которых может произойти повторное выпадение женских половых органов, объясняет причины, которые влияют на повторное выпадение.

Медицинский работник среднего звена консультирует пациенток по поводу правильной гигиены послеоперационной области промежности и таза, советует правильно подобранную диету, объясняет, каким спортом можно и необходимо заниматься для восстановления и профилактики, а от какого необходимо воздержаться во избежание рецидива, консультирует по поводу ведения половой жизни, необходимости воздержания первые недели после операции, обращает внимание на нюансы ведения половой жизни.

Медицинская сестра обращает внимание пациенток на полный запрет на поднятие тяжестей после операции по поводу выпадения женских половых органов, объясняет причины запрета, рассказывает, сколько можно поднимать во избежание рецидива выпадения женских половых органов. Так женщинам с пролапсом рекомендуется избегать поднятия тяжестей и интенсивных физических нагрузок, которые могут увеличить внутрибрюшное давление.

Действенными методами вторичной профилактики ВЖПО являются упражнения Кегеля [9]. Регулярное выполнение упражнений Кегеля помогает укрепить мышцы тазового дна и уменьшить симптомы пролапса. Эти упражнения включают в себя сжатие и удержание мышц тазового дна на несколько секунд, затем их расслабление. Повторение этих упражнений несколько раз в день может существенно улучшить тонус мышц.

Вторичная профилактика пролапса тазовых органов играет важную роль в поддержании здоровья и качества жизни женщин. Регулярное выполнение упражнений для укрепления мышц тазового дна, коррекция факторов риска и использование дополнительных методов, таких как гормональная терапия и пессарии, могут существенно снизить риск прогрессирования ВЖПО и улучшить самочувствие пациенток. Важно, чтобы женщины были осведомлены о методах профилактики и имели доступ к необходимой медицинской помощи и поддержке.

Физические упражнения при профилактике рецидива опущения стенок влагалища эффективны: 1) для скорейшего восстановления матки и влагалища после родов (в качестве первичной профилактики); 2) для сохранения и поддержания в тонусе тазового дна без явных признаков его нарушения, но имеющих факторы для наличия ВЖПО (хронический кашель, состояние после гистерэктомии) [10].

Для повышения эффективности упражнений Кегеля требуется использование биологической обратной связи и методы электростимуляция.

Биологически обратная связь (БОС) - терапия — это метод, при котором пациент получает информацию о физиологических процессах своего тела в режиме реального времени [7,8]. Эта информация помогает лучше контролировать и управлять этими процессами. В контексте тренировки мышц тазового дна БОС используется для мониторинга и улучшения мышечных сокращений. В настоящее время существуют специальные кабинеты по БОС терапии, где врач или медицинская сестра могут проводить обучения женщин правильно выполнять упражнения Кегеля, используя современные влагалищные датчики и методики визуализации.

Основные принципы БОС терапии: 1) мониторинг физиологических показателей, когда специальные сенсоры регистрируют мышечную активность, давление или другие показатели; 2) предоставление обратной связи (визуализация для пациента его результатов во время трени-

ровки на экране компьютера, мобильного устройства или другого дисплея); корректировка действий пациента на основе полученной информации при выполнении упражнений для достижения оптимальных результатов.

Инструментами БОС терапии являются: электромиографические (ЭМГ) сенсоры для измерения электрической активности мышц; манометры для регистрируют давление внутри вагинального канала; визуальные и аудиосигналы, которые обеспечивают обратную связь пациенту в режиме реального времени.

ЭМГ-тренировка использует электромиографию для мониторинга и анализа активности мышц тазового дна во время их сокращений. Этот метод помогает улучшить контроль над мышцами и эффективность тренировок.

Благодаря точному мониторингу и обратной связи, БОС помогает пациенткам лучше понимать и контролировать свои мышцы, что способствует более эффективной тренировке и достижению значительных улучшений в состоянии здоровья. Важно, чтобы женщины имели доступ к информации о возможностях БОС терапии и могли использовать этот метод в своей практике.

Однако женщина не всегда имеет возможность посещать кабинеты БОС терапии, в таком случае необходимо проинформировать пациентку о том, что эффективным для тренировки тазового дна является применение специально разработанных влагалищных тренажеров, которых в настоящее время есть в открытой продаже.

Влагалищные тренажеры — это устройства, которые помогают женщинам укреплять мышцы тазового дна, предоставляя сопротивление и биологическую обратную связь.

Влагалищные тренажеры используют при следующих нарушениях: недержание мочи (тренажеры помогают укрепить мышцы, ответственные за удержание мочи, снижая симптомы недержания); пролапс тазовых органов или первые стадии ВЖПО: (укрепление мышц тазового дна помогает предотвратить или уменьшить степень пролапса); улучшение сексуальной функции, так как укрепленные мышцы тазового дна могут улучшить чувствительность и удовольствие во время полового акта. Преимуществами влагалищных тренажеров являются: 1) Улучшение мышечного тонуса (при регулярном использовании тренажеров помогает укрепить мышцы тазового дна, улучшая их тонус и функциональность) 2) Биологическая обратная связь в случаях, когда тренажер предоставляет женщине информацию о силе и качестве сокращений, что позволяет корректировать технику выполнения упражнений и добиваться лучших результатов; 3) Удобство использования, так как тренажеры можно использовать дома, что делает их удобными для самостоятельных тренировок.

Существует несколько типов влагалищных тренажеров. Кегель-мячи (шарики), которые представляют собой небольшие тяжелые шарики, которые вводятся во влагалище. Удержание шариков в правильном положении требует сокращения мышц тазового дна, что способствует их укреплению. Конусы - устройства разной формы и веса, которые вводятся во влагалище. Женщине предлагается удерживать их, выполняя упражнения для тазового дна. Электронные тренажеры (цифровые перинеометры), которые включают в себя сенсоры, позволяющие измерять силу мышечных сокращений и предоставлять обратную связь в реальном времени через мобильное приложение или экран устройства. Эти устройства обеспечивают точные данные о давлении, создаваемом этими мышцами, и помогают пациентам и медицинским специалистам отслеживать прогресс тренировок. Основной компонент перинеометра — датчики давления, которые измеряют силу сокращений мышц тазового дна. Устройство вводится во влагалище, где датчики давления регистрируют мышечные сокращения. Перинеометр оснащен цифровым интерфейсом, который отображает результаты измерений в реальном времени на экране устройства или мобильного приложения. Многие современные перинеометры используют беспроводное подключение для передачи данных на смартфон или планшет.

Цифровые перинеометры, электромиографические тренировки, БОС терапия являются современными и эффективными инструментами для укрепления мышц тазового дна. Они обеспечивают точные данные о состоянии мышц, помогают отслеживать прогресс и мотивируют пациенток на регулярные тренировки. Их использование может значительно улучшить качество жизни женщин, предотвращая и лечя недержание мочи, пролапс тазовых органов и другие проблемы, связанные с ослаблением мышц тазового дна.

Важно, чтобы женщины были информированы о доступных методах и имели возможность выбрать наиболее подходящие для них способы поддержания здоровья тазового дна.

Медицинская сестра должна обучать правильности выполнения определенных упражнений (Кегеля) для вторичной профилактики, объяснять основные нюансы данных упражнений, помогать пациенту выполнять упражнения безболезненно, контролирует процесс выполнения и в обязательном порядке информировать о современных методах реабилитации.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Краснопольский, В.И. Реабилитация больных с опущением внутренних половых органов / В.И. Краснопольский, С.Н. Буянова, И.С. Савельева // Вестник Российской ассоциации акушеров и гинекологов. 1997.- N 1. - С. 105-110.
2. Tinelli A, Malvasi A, Rahimi S, et al. Age-related pelvic floor modifications and prolapse risk factors in postmenopausal women. *Menopause* 2010; 17:204.
3. Swift S, Woodman P, O'Boyle A, et al. Pelvic Organ Support Study (POSST): the distribution, clinical definition, and epidemiologic condition of pelvic organ support defects. *Am J Obstet Gynecol* 2005; 192:795.
4. Hendrix SL, Clark A, Nygaard I, et al. Pelvic organ prolapse in the Women's Health Initiative: gravity and gravidity. *Am J Obstet Gynecol* 2002; 186:1160
5. Swift S, Woodman P, O'Boyle A, et al. Pelvic Organ Support Study (POSST): the distribution, clinical definition, and epidemiologic condition of pelvic organ support defects. *Am J Obstet Gynecol* 2005; 192:795
6. Hendrix SL, Clark A, Nygaard I, et al. Pelvic organ prolapse in the Women's Health Initiative: gravity and gravidity. *Am J Obstet Gynecol* 2002; 186:1160.]
7. American College of Obstetricians and Gynecologists et al. Pelvic organ prolapse // *Female Pelvic Medicine & Reconstructive Surgery*. – 2019. – Т. 25. – №. 6. – С. 397-408.
8. Lin F. C. et al. Dynamic pelvic magnetic resonance imaging evaluation of pelvic organ prolapse compared to physical examination findings / *Urology*. – 2018. – Т. 119. – С. 49-54.
9. Оразов М.Р., Силантьева Е.С., Солдатская Р.А., Белковская М.Э. Эффективность физиотерапии в лечении недостаточности мышц тазового дна у женщин репродуктивного возраста. *Доктор.Ру*. 2020; 19(8): 71–76. DOI: 10.31550/1727-2378-2020-19-8-71-76.
10. Женская мочевая инконтиненция. Нехирургическое лечение. Информационное письмо / О.И. Климова, К.В. Войташевский; под ред. В.Е. Радзинского - М.: Редакция журнала StatusPraesens, 2015.- 16 с.

РОЛЬ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА В ПРОФИЛАКТИКЕ ВНУТРИБОЛЬНИЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ

Пижевская М.Е., Петрова В.Б., Петрова А.И.

ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И. И. Мечникова Минздрава России, Санкт-Петербург

АННОТАЦИЯ

Ежедневно в мировых системах здравоохранения пожилые пациенты сталкиваются с внутрибольничными инфекциями и инфекциями, связанными с оказанием медицинской помощи, включая случаи, вызванные патогенами, обладающими антимикробной устойчивостью.

Применение медицинскими сестрами эффективных стратегий профилактики и контроля распространения ВБИ играет ключевую роль в обеспечении безопасности пожилых пациентов, служит обязательным компонентом в решении глобальной проблемы, связанной с ростом антимикробной резистентности.

Цель – изучить роль медицинской сестры в профилактике ВБИ среди пожилых пациентов.

Методы: авторская анонимная анкета «Профилактика внутрибольничных инфекций у пожилых пациентов»

Результаты: основными проблемами, с которыми сталкиваются медицинские сестры в процессе реализации мер по профилактике ВБИ у пациентов гериатрического профиля, являются повышенная профессиональная нагрузка, сопряженная с выполнением широкого круга обязанностей, и обусловленный ею перманентный дефицит рабочего времени. Существенное влияние оказывает высокий уровень синдрома эмоционального выгорания среди медицинских сестер, негативно сказывающийся на мотивации и качестве выполнения профессиональных обязанностей.

Ключевые слова: внутрибольничная инфекция, сестринский уход, роль медсестры

По данным Организации экономического сотрудничества и развития (ОЭСР), ожидается, что к 2050 году доля людей в возрасте от 65 до 79 лет вырастет с приблизительно 10% до примерно 15%. [1].

Ежедневно в мировых системах здравоохранения пожилые пациенты сталкиваются с внутрибольничными инфекциями (далее – ВБИ) и инфекциями, связанными с оказанием медицинской помощи, включая случаи, вызванные патогенами, обладающими антимикробной устойчивостью. Всемирная организация здравоохранения (далее – ВОЗ) опубликовала в 2024 году программу профилактики и инфекционного контроля (ПИИК), которая выступают в качестве важнейшего структурного элемента клинической и общественной медицины [2]. Основа программы – научный, обоснованный и комплексный подход, направленный на предотвращение развития инфекций, возникающих в процессе оказания медицинской помощи.

Применение медицинскими сестрами эффективных стратегий профилактики и контроля распространения ВБИ играет ключевую роль в обеспечении безопасности пожилых пациентов, служит обязательным компонентом в решении глобальной проблемы, связанной с ростом антимикробной резистентности.

ВБИ представляют собой одну из наиболее значимых проблем современного здравоохранения, оказывая существенное влияние на показатели заболеваемости и смертности среди пожи-

лых пациентов, получающих медицинскую помощь. Эти инфекции, часто обусловленные патогенами с множественной лекарственной устойчивостью, не только приводят к ухудшению клинических исходов, но и значительно увеличивают нагрузку на системы здравоохранения в мире, сопровождаясь серьёзными экономическими издержками, а также увеличивают заболеваемость, смертность, продолжительность госпитализации.

В ретроспективном поперечном исследовании, проведенном в период с января 2020 года по декабрь 2020 года на отделении гериатрии Шанхайской Восточной больницы, отобрали 264 пожилых стационарных пациента с полиморбидностью. Участники были набраны последовательно, затем были разделены на две группы в зависимости от того, была ли у них инфекция, присутствующая при поступлении (ИПП) или инфекция, связанная с оказанием медицинской помощи (ИСМП). Затем был произведен анализ связи между инфекцией и расходами на здравоохранение и клиническими результатами. Среди 264 пациентов 47,73% страдали ИСМП. По сравнению с пациентами без инфекции количество принимаемых лекарств и бремя болезни были выше у пациентов с инфекцией. У пациентов с инфекцией была более длительная продолжительность пребывания в больнице и более высокие расходы на здравоохранение. Более того, у субъектов с инфекцией были более высокие показатели неблагоприятных исходов. Результаты показали, что инфекция была независимо связана со значительно более высокими расходами на здравоохранение и 30-дневным уровнем неблагоприятных исходов у пожилых пациентов с полиморбидностью. Авторы подчеркивают, что профилактика ВБИ эффективна для снижения расходов на здравоохранение и уровня неблагоприятных исходов у пожилых пациентов с полиморбидностью [3].

Возникновение таких инфекций, как правило, связано с нарушением принципов профилактики и контроля инфекционной заболеваемости, а также особенностями госпитальной среды, включая широкое применение инвазивных процедур и антибиотиков.

Согласно данным Глобального отчёта ВОЗ по вопросам профилактики и контроля инфекций, из каждых 100 госпитализированных пациентов в стационарах стран с высоким уровнем дохода примерно семь приобретают хотя бы одну внутрибольничную инфекцию во время лечения. В странах с низким и средним уровнем дохода этот показатель существенно выше и составляет около 15 случаев на 100 пациентов [2].

Результаты многонационального исследования точечной распространённости ВБИ, проведённого в 2022–2023 годах в 28 странах Европейского Союза, а также в трёх странах и территориях Западных Балкан, указывают, что восемь из каждых 100 пациентов сталкиваются с развитием хотя бы одной ВБИ в период госпитализации [2].

Согласно имеющимся данным, пожилые пациенты (определяемые как ≥ 70 лет) имеют более высокий риск смерти и снижения функциональности из-за ВБИ, чем молодые пациенты, при этом возраст является косвенным показателем, представляющим вероятность выживания. Эпидемиологические данные демонстрируют значительные различия в распространённости ВБИ в зависимости от уровня экономического развития стран, структуры стационаров, уровня подготовки медицинского персонала, а также качества внедрения мероприятий, направленных на профилактику и контроль инфекций [4].

Прогнозы Организации экономического сотрудничества и развития (ОЭСР) и ВОЗ к 2050 году рисуют трагическую картину. Ожидается, что ежегодное число смертей от ВБИ может достичь 3,5 миллиона человек. Эта цифра в 4,4 раза превышает смертность от вируса иммунодефицита человека (ВИЧ), синдрома приобретённого иммунодефицита (СПИД) и заболеваний, передающихся половым путём (ЗППП), вместе взятых, что подчёркивает остроту этой проблемы [2].

Особенно тревожной тенденцией является влияние ВБИ в странах Европейского Союза. Исследования указывают, что шесть наиболее частых видов ВБИ вызывают в два раза больше по-

терь лет жизни, скорректированных по инвалидности, чем 32 других инфекционных заболевания вместе взятые. Такие данные говорят о том, насколько разрушительным может быть воздействие этих инфекций. Тревожным остаётся и то, что 75% общего бремени, связанного с инвалидностью и преждевременной смертностью, прямо связано с ВБИ, что подчёркивает необходимость увеличения усилий по их предотвращению [2].

Лечение ВБИ требует дополнительных расходов из-за атипических антибактериальных препаратов, вынужденного увеличения продолжительности госпитализаций и более частых хирургических вмешательств. Тревожным остаётся факт увеличения urgentных случаев и переполненности отделений, что ставит под угрозу оказание качественной помощи другим пациентам. Глобальной системе здравоохранения приходится нести значительные финансовые затраты, которые варьируются от дополнительных диагностических мероприятий до длительной реабилитации пациентов.

Вышеописанные данные подчёркивают критическую важность комплексных подходов к профилактике ВБИ со стороны медицинских сестер в отношении пожилых пациентов, а именно:

- стандартизацию инфекционного контроля;
- усиление гигиены рук;
- обучение персонала правилам контроля ВБИ;
- внедрение современных технологий мониторинга ВБИ;
- программы по управлению антибиотикорезистентностью и резистентностью к противогрибковым препаратам.

Меры профилактики и раннего вмешательства способны не только уменьшить человеческие потери, но и снизить экономическое бремя, связанное с этими инфекциями.

Согласно мнению ВОЗ, Российская Федерация входит в число стран, в которых национальная программа по предотвращению ВБИ и ИСМП разработана с учетом ключевых компонентов руководств ВОЗ по профилактике ВБИ, а также в соответствии с национальными планами и принципами, которые применяются на всей территории страны. Все медицинские учреждения обеспечены необходимыми условиями, включая доступ к водоснабжению, санитарным системам, а также оснащены материалами и оборудованием, позволяющими эффективно соблюдать национальные стандарты профилактики и контроля инфекций [1,2].

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ – изучить роль медицинской сестры в профилактике ВБИ среди пожилых пациентов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ: авторская анонимная анкета «Профилактика внутрибольничных инфекций у пожилых пациентов», на вопросы которой ответило 113 медицинских работников среднего звена из стационарных лечебных учреждений г. Санкт-Петербурга в возрасте от 19 до 67 лет (52 женщины в возрасте от 19 до 45 лет, 61 женщина в возрасте от 45 до 67 лет). Анкета была разработана при использовании онлайн-сервиса Google Forms и состояла из 45 вопросов

Из 113 опрошенных большинство постовые и палатные медицинские сестры – 35,4%, 14,2% – процедурные медицинские сестры, старшие медицинские сестры – 14,2%, а постовые медицинские сестры – 12,4%. Оставшиеся 23,8% приходятся на медицинских сестер отделения реанимации, приемного отделения и диализного зала.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

По результатам анкетирования 55,8% (63 чел.) медицинских сестер имеют общий стаж работы по специальности более пятнадцати лет, в то время как 15,9% (18 чел.) и 13,3% (15 чел.) более пяти лет и от года до пяти лет соответственно. Менее одного года работают по специальности 10,6% опрошенных (12 чел.), а более десяти лет 4,4% (5 чел.).

Среди опрошенных 61,9% (70 чел.) определяют свою роль в профилактике ВБИ среди пожилых пациентов как ключевую, а 35,4% (40 чел.) как важную, но второстепенную. Минимальную свою роль в данном контексте определяют 2,7% (3 чел.).

На вопрос **«Какие возрастные особенности пожилых пациентов, по Вашему мнению, повышают риск развития ВБИ?»** получены следующие результаты: сниженный иммунитет (84,1%), малоподвижность (78,8%), наличие хронических заболеваний (73,5%), недержание мочи и/или кала (47,8%), когнитивные нарушения (39,8%).

По данным исследования было установлено, что уровень осведомленности пожилых пациентов и их родственников о мерах профилактики ВБИ, по мнению 55,8% опрошенных – низкий, 31,9% считают, что уровень осведомленности средний, а 12,4% респондентов отмечают, что уровень высокий.

По данным анкетирования было установлено, что 36,3% респондентов регулярно проводят обучение пожилых пациентов и их родственников по вопросам профилактики ВБИ, 42,5% проводят обучение редко, а не проводят вообще – 21,2%.

Исследование показывает, что 81,9% анкетированных используют индивидуальные беседы с пожилым пациентом и его родственниками, как методику обучения вопросам профилактики ВБИ, информационные листовки распространяют 10,8%, в то время как 7,3% опрошенных заявляют, что не знают и/или не используют ни одну из методик обучения.

По данным исследования выявлено, что 96,5% опрошенных знают о наличии внутренних нормативных документов, регламентирующих обеспечение инфекционной безопасности в рамках деятельности их медицинского учреждения, в то время как 3,5% не знают.

На вопрос **«Как Вы оцениваете эффективность коммуникации и взаимодействия между различными уровнями медицинского персонала в рамках обеспечения инфекционной безопасности пожилых пациентов?»** 55,8% респондентов отвечают – хорошо, 30,1% – удовлетворительно, 14,2% – отлично.

По данным анкетирования установлено, что 59,3% опрошенных оценивают уровень своей компетентности в области профилактики ВБИ у пожилых пациентов как «хорошо», 20,4% как «отлично», а 19,5% считают, что уровень их компетентности на уровне «удовлетворительно». 0,9% оценили уровень как «неудовлетворительно».

Данные анкетирования показывают, что 49,6% респондентов редко сталкиваются с дефицитом ресурсов, необходимых для реализации профилактических мероприятий по предупреждению ВБИ у пожилых пациентов, в то время как 31,9% заявляют, что сталкиваются с дефицитом часто, а 15% отмечают, что не сталкиваются вообще. Доля респондентов, которые всегда сталкиваются с дефицитом составила 3,5%.

По данным исследования медицинский персонал сталкивается с дефицитом ресурсов, обеспечивающих инфекционную безопасность пожилого пациента в следующем соотношении: 16,8% – фильтры и системы очистки воздуха, 14,2% – одноразовые изделия для пациентов, 8,8% – перчатки, 6,2% – дезинфицирующие средства, 4,4% - глазозащитные средства, 3,5% - контейнеры для утилизации медицинских отходов.

На вопрос **«С какой периодичностью Вы участвуете в обучении, посвященном вопросам инфекционной безопасности Ваших пациентов»** участники исследования ответили следующее: 29,2% – ежегодно, 25,7% – один раз в квартал, 24,8% – один раз в полгода, 15% – один раз в несколько лет. Проходили обучение один раз и не проходили его вообще по 2,7% соответственно.

По данным анкетирования, степень доступности ресурсов, предназначенных для обработки рук и обеспечения надлежащего ухода за пожилыми пациентами, медицинский персонал оценивает, как «всегда доступны» – 79,6%, «часто доступны» – 18,6%, «редко доступны» – 1,8%.

По данным исследования, проверки на соблюдение правил инфекционной безопасности у 28,3% опрошенных проводятся ежедневно, у 20,4% проводятся ежемесячно, у 18,6% - еженедельно, раз в квартал у 12,4%, а раз в полгода у 10,6%. В то время как 9,7% опрошенных в целом затрудняются ответить на данный вопрос.

На вопрос **«Как часто Вы проводите оценку риска развития ВБИ у пожилых пациентов?»** опрошенные ответили следующее: 48,7% проводят оценку риска при каждом контакте с пожилым пациентом, 26,5% оценивают риск ежедневно, 11,5% респондентов проводят оценку несколько раз за смену (до трех раз), а 6,2% вообще не оценивают своих пациентов на риск развития ВБИ. Редко проводят оценку 5,3% респондентов, а вариант «еженедельно» выбрали 1,8%.

Исследование показывает, что при взаимодействии с пожилыми пациентами, имеющими когнитивные нарушения, 78,4% респондентов адаптируют стиль общения (говорят громко, четко, медленно), 67,6% повторяют информацию несколько раз, 46,8% упрощают рекомендации и объясняют медицинские термины, 41,4% проявляют эмпатию и активно слушают, 28,8% поощряют пациентов к ведению заметок, 27,9% привлекают родственников, 11,7% просят пациентов делать обобщенные выводы по данным рекомендациям.

По данным анкетирования, с пролежнями у пожилых пациентов 45,1% опрошенных сталкивается часто, 31,9% – редко, 17,7% – очень часто, а 5,3% никогда не сталкиваются с наличием пролежней.

На вопрос **«Какие меры Вы предпринимаете для профилактики пролежней у пожилых пациентов?»** приходится следующие ответы анкетированных: регулярно меняют положение 91,2%, используют специальные матрасы 83,2%, обрабатывают кожу определенными антисептическими средствами 69,9%, проводят массаж участков тела, подверженных развитию пролежней 55,8%, используют специальные фирменные лосьоны и крема для ухода за кожей пожилых пациентов 54,9%, часто подмывают пациентов 54%, используют противопролежневые подушки 35,4% применяют ватно-марлевые круги и/или матерчатые «бублики» 32,7%, используют противопролежневые пластыри 20,4%.

По данным исследования, респонденты используют при обработке пролежней и кожи вокруг пролежней у пациентов пожилого возраста следующее: бриллиантовый зеленый (64,6%), фуорцин (46%), хлоргексидин (37,2%), спирт камфорный (32,7%), фурацилин (23%), повидон-йод (14,2%), калия перманганат (11,5%), перекись водорода (9,7%), гексахлорофен (1,8%), спирт этиловый (1,8%), салициловую кислоту (1,8%), тальк (0,9%). Ничего не используют 5,4% опрошенных. Практика использования перечисленных средств для обработки пролежней и кожи вокруг них у пациентов пожилого возраста, отраженная в исследовании, в значительной степени не соответствует актуальным рекомендациям и принципам, изложенным в ГОСТ Р 56819-2015. Многие из широко применяемых респондентами средств входят в «Перечень негативных технологий для профилактики и лечения пролежней» (Приложение И к ГОСТу) или их использование не рекомендуется исходя из общих принципов ухода за кожей, описанных в документе.

По данным анкетирования, с недержанием мочи и/или кала у пожилых пациентов сталкиваются часто 44,2% опрошенных, очень часто 30,1%, редко 23,9%, а никогда 1,8%.

В ходе исследования установлено, что для снижения риска инфекций у пожилых пациентов с недержанием, респонденты предпринимает следующие меры: регулярно меняют подгузники после акта дефекации 64,6%, регулярно меняют подгузники по мере наполняемости 63,7%, используют барьерные крема 42,5%, обучают родственников уходу 40,7%, меняют подгузники каждые 3-4 часа 33,6%. Данные опроса свидетельствуют о наличии значительного дефицита знаний и несоблюдении оптимальных практик ухода у существенной части респондентов: 35,4% (100% - 64,6%) опрошенных пренебрегают регулярной сменой подгузников после акта дефекации, что указывает на пробел в понимании рисков, связанных с контактом кожи с калом.

Аналогично, 36,3% респондентов не меняют подгузники регулярно по мере их наполняемости, что также свидетельствует о недостаточном понимании принципов профилактики кожных проблем и инфекций. 57,5% не используют барьерные крема или не знают о пользе этой важной превентивной меры. У 59,3% такой важный компонент организации ухода, как обучение родственников уходу, отсутствует или не реализуется. Минимум от 35% до почти 60% опрошенных (в зависимости от конкретного аспекта ухода) демонстрируют дефицит знаний или не придерживаются оптимальных практик по уходу за пожилыми пациентами с недержанием, что напрямую повышает риск развития инфекций. Наибольшую обеспокоенность вызывает тот факт, что более трети опрошенных (35,4% и 36,3% соответственно) пренебрегают самыми базовыми и критически важными правилами смены подгузников – после дефекации и по мере наполнения.

По данным анкетирования, риск развития инфекций мочевыводящих путей (ИМП) у пожилых пациентов с установленным мочевым катетером 46% медицинского персонала оценивает, как «высокий», 23% оценивает, как «средний», 16,8% - как «очень высокий» и 14,2% - как «низкий». Совокупно 62,8% медицинского персонала оценивают риск развития ИМП как высокий или очень высокий, что свидетельствует о том, что подавляющее большинство сотрудников осознает значительную опасность, связанную с катетеризацией у пожилых пациентов.

На вопрос **«Какие меры профилактики ИМП Вы используете у пациентов с мочевым катетером?»** респонденты отмечают следующее: 85% строго соблюдают правила асептической установки мочевых катетеров, 81,4% промывают мочевые катетеры, 49,6% производят регулярную замену катетеров, а 35,4% обучают пациентов и родственников уходу за мочевым катетером и правилам профилактики ИМП.

По данным исследования 63,7% анкетированных проводят оценку необходимости продолжения катетеризации у пожилых пациентов ежедневно, 12,4% проводят ее каждые 2-3 дня/каждые 2-3 смены, 8,8% отмечают, что проводят ее редко, а 1,8% – еженедельно. Однако, 13,3% вообще никогда не оценивают необходимость продолжения катетеризации пожилых пациентов. (рис. 13). Несмотря на то, что большинство (почти две трети) респондентов придерживаются рекомендуемой практики ежедневной оценки, суммарно более трети (13,3% + 8,8% + 1,8% + 12,4%) не проводят оценку достаточно часто или не проводят ее вовсе. Это значительная доля, указывающая на серьезные пробелы в знаниях об уходе за пожилыми пациентами с мочевыми катетерами.

На вопрос **«Какие трудности Вы испытываете при уходе за пожилыми пациентами с мочевым катетером?»** получены следующие ответы: отказ или сопротивление со стороны пожилых пациентов и/или их родственников (46%), перегруженность из-за большого количества пациентов (40,7%), недостаток времени для обеспечения ухода (37,2%), дефицит необходимых расходных материалов (3,5%). При этом 11,7% респондентов не испытывают никаких трудностей.

В ходе анкетирования было выявлено, что 55,8% опрошенных редко сталкиваются с внутрибольничной пневмонией у пожилых пациентов, 18,6% сталкиваются с ней часто, а 8% – очень часто. Однако, 17,7% отметили, что никогда с ней не сталкиваются.

На вопрос **«Какие факторы, по Вашему мнению, наиболее часто способствуют развитию ВБП у пожилых пациентов?»** медицинский персонал выделил следующее: длительное вынужденное пребывание в лежачем положении (91,2%), сниженный иммунитет (81,4%), наличие хронических заболеваний легких (77%), использование аппаратов ИВЛ (31%), нарушение глотания (20,4%).

По данным исследования риск развития аспирационной пневмонии у пожилых пациентов 37% анкетированных отмечают, как «высокий», 35,2% как «средний», 17,6% как «низкий» и 10,2% как «очень высокий». Данные исследования свидетельствуют о том, что проблема риска развития аспирационной пневмонии хорошо осознается медицинскими сестрами. Подавляющее

большинство (более 80%) признает наличие этого риска на уровне не ниже среднего, а почти половина (47%) считает его высоким или очень высоким.

В ходе анкетирования было определено, что уровень взаимодействия с врачами в вопросах профилактики ВБИ 43,4% респондента видят, как «высокий», 33,6% как «средний», 18,6% как «очень высокий», однако 4,4% отмечают «низкий».

По данным исследования в разработке или рассмотрении мероприятий, направленных на профилактику ВБИ, принимают участие 54% опрошенных.

На вопрос **«Как часто Вы замечаете, что Ваши коллеги нарушают правила инфекционной безопасности?»** респонденты отвечают следующее: редко – 53,1%, никогда – 38,1%, часто – 7,1%, всегда – 1,8%. По данным исследования, среди причин, по которым медицинские работники нарушают правила инфекционной безопасности, которые отмечают анкетированные, определено следующее: высокая рабочая нагрузка и интенсивность труда (61,9%), нехватка времени (42,5%), профессиональное выгорание (38,9%), неадекватное понимание важности соблюдения правил инфекционной безопасности (30,1%), недостаточный уровень знаний/низкий уровень профессиональной подготовки (24,8%), недостаточная мотивация к соблюдению правил (14,2%), ограниченность ресурсов, включая дефицит СИЗ (8,8%).

В ходе анкетирования установлено, что «хорошо» уровень собственной компетентности в области профилактики ВБИ оценивают 58,4% респондентов, отлично – 22,1%, удовлетворительно – 18,6%, неудовлетворительно – 0,9%. Представленные результаты анкетирования дают в целом позитивную картину самооценки компетентности медицинских сестер в области профилактики внутрибольничных инфекций. Суммарно 80,5% медицинских сестер (58,4% "хорошо" + 22,1% "отлично") оценивают свой уровень компетентности как высокий или очень высокий. Это свидетельствует о том, что подавляющее большинство опрошенных чувствуют себя уверенно в вопросах профилактики ВБИ, однако 18,6% медицинских сестер, оценивших свою компетентность на "удовлетворительно", представляют собой значимую группу. Хотя это не критически низкий показатель, он указывает на то, что почти каждая пятая медсестра, возможно, ощущает нехватку знаний, навыков или уверенности.

На вопрос **«Какие аспекты профилактики ВБИ и ИСМП у пожилых пациентов, по Вашему мнению, требуют более глубокого изучения или дополнительного профессионального обучения?»** опрошенные ответили: современные методики профилактики ВБИ (64,6%), актуальные подходы к организации ухода за пациентами с ограниченной подвижностью (51,3%), современные реалии резистентности микроорганизмов к антимикробным препаратам (47,8%), правила работы с инвазивными устройствами (44,2%), методики эпидемиологического надзора и своевременного выявления случаев ВБИ (29,2%), актуальные вопросы дезинфекции и стерилизации (27,4%), регламенты выполнения антисептической обработки рук (19,5%), актуальные вопросы вакцинопрофилактики (17,7%).

По данным исследования уровень организационной и методической поддержки со стороны руководства в сфере реализации мер по профилактике ВБИ пожилых пациентов, по мнению 59,3% анкетированных, высокий. Очень высокий уровень отмечают 13,3% опрошенных, а 27,4% считают, что уровень средний. Однако, формирование исследовательской выборки происходило преимущественно из числа среднего медицинского персонала, осуществляющего деятельность в условиях инфекционного стационара. Специфика данного типа медицинских учреждений предполагает строгое соблюдение усиленных мер инфекционного контроля и протоколов профилактики, что объективно превышает аналогичные стандарты в многопрофильных больницах. Вероятно, исследование, проведенное на базе многопрофильного стационара, продемонстрировало бы отличающиеся показатели

Анкетирование установило, что ВБИ у пациентов пожилого и старческого возраста возникают редко по мнению 59,3% респондентов, часто по мнению 26,5%, никогда по мнению 10,6%, в то время как 3,5% считают, что ВБИ возникают всегда. Результаты анкетирования

представляют собой довольно тревожную картину и указывают на серьезные расхождения в восприятии медицинскими сестрами риска возникновения ВБИ у пациентов пожилого и старческого возраста. Преобладание мнения о "редком" возникновении ВБИ (почти 60%) является серьезным тревожным сигналом. Это указывает на возможный недостаток знаний у значительной части среднего медицинского персонала о факторах риска и реальной частоте ВБИ у пожилых пациентов. Широкий разброс ответов (от "никогда" до "всегда") говорит об отсутствии единого, основанного на доказательных данных, понимания проблемы ВБИ среди медицинских сестер.

На вопрос *«Какие ВБИ и ИСМП у пожилых пациентов встречаются в Вашей практике?»* анкетированные отметили: инфекции, вызванные резистентными штаммами микроорганизмов (39,8%), КАИМП (36,3%), сепсис (35,4%), флегмоны/абсцессы в результате медицинских вмешательств (27,4%), ВАП (17,7%), госпитальные вспышки инфекционного гастроэнтерита (15,9%), раневые инфекции послеоперационного периода (9,7%).

По данным анкетирования аварийные ситуации, потенциально способствующие появлению и распространению ВБИ среди пожилых пациентов, в профессиональной деятельности 54,9% респондентов встречаются редко, а у 32,7% – никогда не встречаются. Несколько раз в месяц аварийные ситуации случаются у 6,2%, несколько раз в неделю у 4,4%, ежедневно у 1,8%.

В ходе исследования респондентами были отмечены следующие аварийные ситуации, представляющие наибольшую угрозу развития и распространения ВБИ среди пожилых пациентов: несоблюдение стандартов обработки медицинских инструментов и оборудования (62,8%), несоблюдение медицинским персоналом установленных стандартов и протоколов гигиенической обработки рук (60,2%), повреждение кожных покровов в результате проколов или порезов инфицированным медицинским оборудованием (43,4%), сбой в работе систем вентиляции и водоснабжения (42,5%), нарушение правил хранения и транспортировки стерильных медицинских инструментов (39,8%), неисправность оборудования для дезинфекции и стерилизации (31,9%), нарушение правил хранения и утилизации медицинских отходов (17,7%), разрыв системы вакуумного забора и/или разрыв крови/экссудата (15%).

На вопрос *«Что, по Вашему мнению, можно улучшить в профилактике ВБИ у пожилых пациентов?»* анкетированные ответили: применение современных технологий в сфере ухода (70,8%), повышение уровня профессиональной подготовки медицинского персонала (63,7%), модернизацию материально-технического оснащения (54%), организацию образовательных мероприятий для пациентов и их семей (44,2%).

На открытый вопрос *«Какие рекомендации Вы можете предложить для совершенствования стратегий профилактики ВБИ у пациентов пожилого возраста?»* респонденты ответили: регулярная обработка рук до и после любого контакта с пациентом, использование СИЗ, более подробное информирование родственников/пациентов пожилого возраста о вопросах профилактики ВБИ, распространение брошюр в палаты с доступной информацией, финансовое поощрение медработников соблюдать регламенты, улучшение материального обеспечения расходными материалами, снижение нагрузки на медицинский персонал путем увеличения штата среднего и младшего медицинского персонала, повышение уровня подготовки младшего медицинского персонала, приобретение специальных средств для обработки пролежней, улучшение медицинского и социального обслуживания пожилых людей на дому или в шаговой доступности от места их проживания.

В ходе детального анализа установлено, что функциональные обязанности медицинских сестер в рамках профилактики внутрибольничных инфекций среди пациентов пожилого и старческого возраста представляют собой многоаспектный комплекс мероприятий, требующий высокой профессиональной подготовки и соблюдения регламентов. Ключевыми компонентами данной деятельности являются: следование актуальным санитарно-эпидемиологическим нор-

мам, правилам асептики и антисептики при осуществлении всего спектра медицинских манипуляций, включая инвазивные процедуры; обеспечение квалифицированного и безопасного ухода за инвазивными устройствами (например, уретральные катетеры, периферические и центральные венозные катетеры, дренажные системы), минимизируя риски их контаминации и колонизации патогенной микрофлорой.

Особое значение придается активной профилактике госпитальных осложнений, обусловленных ограничением физической активности и возрастными особенностями гериатрических пациентов, в частности, пролежней, гипостатической пневмонии. Неотъемлемой частью работы является осуществление перманентного мониторинга клинического состояния пациентов с целью своевременного выявления ранних, зачастую неспецифических, манифестаций инфекционного процесса. Важная роль отводится также реализации образовательных и консультативных программ для пациентов и их родственников, направленных на повышение осведомленности о мерах профилактики ВБИ и формирование комплаентного поведения. Исследованием подтверждена высокая степень осознания медицинскими сестрами значимости указанных обязанностей и удовлетворительный уровень их информированности относительно нормативно-правовых документов, регламентирующих деятельность в сфере инфекционного контроля и безопасности пациентов.

Проведенная оценка уровня теоретических знаний и практических навыков медицинских сестер в области профилактики ВБИ при уходе за пожилыми пациентами выявила существенное расхождение между субъективной самооценкой уровня профессиональной компетентности и объективными показателями осведомленности. Так, более 80% респондентов охарактеризовали свои знания как «хорошие» или «отличные», что свидетельствует о высокой степени уверенности в собственной квалификации. Однако, результаты анкетирования продемонстрировали наличие значительных пробелов в теоретической подготовке по ряду критически важных направлений.

В частности, были идентифицированы пробелы в понимании современных принципов гигиены рук, включая показания к различным методам обработки рук и технику их выполнения; недостаточная осведомленность о критериях выбора адекватных методов и средств антисептики и дезинфекции в зависимости от конкретных клинических ситуаций и типов медицинских изделий; а также ограниченное владение актуальными, научно-обоснованными подходами к профилактике распространенных госпитальных осложнений, таких как пролежни и катетер-ассоциированные инфекции мочевыводящих путей (КАИМП) и кровотока (КАИК). Обнаруженный диссонанс указывает на настоятельную необходимость разработки и внедрения целевых программ непрерывного медицинского образования, направленных на актуализацию и углубление профессиональных знаний среднего медицинского персонала в данной специфической и эпидемиологически значимой области.

В результате исследования были выявлены и систематизированы основные проблемы, с которыми сталкиваются медицинские сестры в процессе реализации мер по профилактике ВБИ у пациентов гериатрического профиля. Установлено, что доминирующими препятствиями являются факторы системного и организационно-управленческого характера. Среди них наиболее значимыми выступают: повышенная профессиональная нагрузка, сопряженная с выполнением широкого круга обязанностей, и обусловленный ею перманентный дефицит рабочего времени, что рассматривается как ведущие причины потенциального снижения приверженности протоколам инфекционной безопасности. Существенное влияние оказывает высокий уровень синдрома эмоционального выгорания среди медицинских сестер, негативно сказывающийся на мотивации и качестве выполнения профессиональных обязанностей. Дополнительным фактором является периодически возникающий дефицит необходимых ресурсов и расходных материалов (за исключением средств для гигиены рук, обеспеченность которыми оценивается как высокая),

что может затруднять соблюдение установленных стандартов. Кроме того, была выявлена недостаточная степень стандартизации подходов к организации и регулярности проведения обучающих мероприятий по вопросам инфекционного контроля для персонала, а также вариабельность систем мониторинга и аудита соблюдения санитарно-эпидемиологического режима в различных лечебно-профилактических учреждениях. Отмечен также значительный потенциал для совершенствования межпрофессиональной коммуникации и взаимодействия как внутри сестринского коллектива, так и с врачебным персоналом по вопросам эпидемиологической безопасности в профилактике ВБИ.

ВЫВОДЫ:

Оценка знаний и навыков среднего медицинского персонала выявила диссонанс между высокой самооценкой компетентности (80% респондентов считают свои знания хорошими или отличными) и объективными пробелами в теоретической подготовке, дефиците знаний, особенно в области гигиены рук, выбора антисептиков и профилактики катетер-ассоциированных инфекций и пролежней, что подчеркивает необходимость целевых образовательных программ. Выявлены основные проблемы в профилактике ВБИ медицинскими работниками среднего звена, включающие высокую профессиональную нагрузку, дефицит времени, эмоциональное выгорание, недостаток ресурсов (кроме средств гигиены рук), неравномерность стандартов обучения и аудита, а также ограниченную межпрофессиональную коммуникацию, что снижает приверженность протоколам инфекционной безопасности.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Rodríguez-Villodres, Á., Martín-Gandul, C., Peñalva, G. Prevalence and Risk Factors for Multidrug-Resistant Organisms Colonization in Long-Term Care Facilities Around the World: A Review. *Antibiotics*, 2021. Дата обращения: 25.03.2025. URL: <https://doi.org/10.3390/antibiotics10060680>
2. Global report on infection prevention and control 2024. Geneva: World Health Organization, 2024. Дата обращения: 25.03.2025. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240103986>
3. Chen X., Geng S., Zhu Y., Li Q. Impact of infection on healthcare costs and clinical outcomes in elderly hospitalized patients with multimorbidity, *Heliyon*, 2024. Дата обращения: 25.03.2025. URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2405844024075911>
4. Tesini B. L., Dumyati G. Health Care-Associated Infections in Older Adults: *Epidemiology and Prevention, Infectious Disease Clinics of North America*, 2023. Дата обращения: 25.03.2025. URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0891552022000964>

**НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ
«СПЕЦИАЛИСТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ»
2025, № 41**

Цена договорная

E-mail: spzdrav2013@gmail.com

Отпечатано с готового оригинал-макета

ТИПОГРАФИЯ ООО «ГАЛАНИКА»

Тираж – 100 экз.

г. Санкт-Петербург, ул. Правды, д. 15

Тел.: (812) 670-56-88, galanika@list.ru, www.galanika.com