

Роль сестринского персонала в организации и оказании помощи больным осложненным сахарным диабетом

Ю.И. Павлов

кафедра сестринского дела, ухода за больными и менеджмента ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации; Россия, 479092, Челябинск, ул. Воровского, 64

Контакты: Юрий Икарович Павлов pavlovu@yandex.ru

Актуальность. Существенная роль сестринского персонала как кадрового резерва в системе здравоохранения до последнего времени незаслуженно недооценивалась и редко удавалось обнаружить эффективное применение квалифицированных сестринских кадров. Однако появление в России специалистов с высшим сестринским образованием (ВСО) качественно меняет ситуацию и создает новые перспективы в организации медицинской помощи.

Материалы и методы. В данной работе была проведена оценка существующей структуры на основе анализа проспективного медико-социального исследования 340 больных синдромом диабетической стопы (СДС) методом анкетирования.

Результаты. Полученные данные гласили о неудовлетворительной системе организации помощи пациентам с СДС и с учетом пожеланий больных помогли разработать модель оказания комплексной амбулаторной сестринской помощи с созданием специализированных сестринских бригад.

Выводы. Именно интенсивное вовлечение медицинских сестер с разным уровнем образования, в т.ч. имеющих управленческие навыки, в организацию медицинской помощи вполне может обеспечить ряд мероприятий, направленных на улучшение состояния пациентов с сахарным диабетом, степень компенсации заболевания и повышение качества жизни.

Ключевые слова: сестринское дело, высшее сестринское образование, осложненное течение сахарного диабета, синдром диабетической стопы, сестринская бригада, подиатр, менеджер, патронаж, обучение пациентов.

Для цитирования: Павлов Ю.И. Роль сестринского персонала в организации и оказании помощи больным осложненным сахарным диабетом. Раны и раневые инфекции. Журнал им. проф. Б. М. Костючёнка 2016;3(3):38–41.

The role of nursing staff in the organization and delivery of healthcare for patients complicated diabetes mellitus

Ju.I. Pavlov

Department of nursing, care and management, Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "South-Ural State Medical University" of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation; 64 Vorovskogo, Chelyabinsk, 479092, Russia

Relevance. The fundamental role of nursing staff as a personnel pool in the health care system has been undeservedly misappreciated until recently, and it has rarely been possible to find an effective use of qualified nursing staff. However, the appearance of specialists with higher nursing education (HNE) in Russia competently changes the situation and creates new prospects in the organization of medical care.

The materials and methods. In this work, there was made an assessment of the existing structure basing on an analysis of a prospective medical and social study of 340 patients with diabetic foot syndrome (DFS) by using the questionnaire method.

Results. The received data indicated the unsatisfying organization system of medical care for patients with DFS and, basing on patients feedback, it helped to develop a model of delivery complex ambulatory nursing healthcare and form specialized nursing teams.

Conclusions. The intensive involvement of nurses with different levels of education, including management skills, into the delivery of healthcare can provide a variety of activities to improve the patienthood with diabetes mellitus, the compensation rate of the disease and improving the quality of life.

Key words: nursing, higher nursing education, complicated diabetes mellitus, diabetic foot syndrome, nursing team, manager, patronage, patient education.

For citation: Pavlov Ju.I. The role of nursing staff in the organization and delivery of healthcare for patients complicated diabetes mellitus. Wounds and Wound Infections. The Prof. B.M. Kostyuchenok Journal 2016;3(3):38–41.

Введение

Актуальная программа развития здравоохранения РФ делает акцент на амбулаторно-поликлиническом компоненте оказания медицинской помощи, включает меры совершенствования стационарзамещающих технологий и предполагает значимость института врачей общей практики и сестринского звена. Но существенная

роль сестринского персонала как кадрового резерва в системе здравоохранения до последнего времени незаслуженно недооценивалась. Так большинство отраслевых программ оказания помощи при различных заболеваниях содержали исключительно лечебно-диагностические разделы. А вопросам организации сестринского дела, ухода за пациентами и их дальнейшей реабилитации не

уделялось должного внимания. К сожалению, в практическом здравоохранении до недавних пор редко удавалось обнаружить эффективное применение квалифицированных сестринских кадров. Низкий социальный статус профессии привел к сокращению сестринского звена. По данным МЗ РФ за последние 5 лет число практикующих медсестер уменьшилось на 88 тыс. (6%), нарастает дисбаланс между числом врачей и медицинских сестер – это соотношение составляет 1:2,28. Однако появление в России специалистов с высшим сестринским образованием (ВСО) качественно меняет ситуацию, и перспективы данного направления можно расценивать исключительно как благоприятные [1].

Обучение менеджеров сестринского дела осуществляется в соответствии с Государственным стандартом. Наряду с изучением общегуманитарных, естественно-научных, медико-биологических и общих профессиональных дисциплин, оно предусматривает еще и полноценную подготовку по вопросам экономики, маркетинга, менеджмента, лидерства, педагогики, психологии управления и правовым вопросам медицинской деятельности. Порой выпускники факультетов ВСО превосходят по уровню управленческих навыков своих непосредственных руководителей. Это обстоятельство наряду с отсутствием точных юридических регламентаций труда специалистов с ВСО является одной из ключевых причин, по которым главные врачи не торопятся делегировать часть управленческих полномочий менеджерам сестринского дела. В результате высококвалифицированные кадры сестринского звена часто остаются невостребованными в практическом здравоохранении. Государство оплачивает подготовку специалистов, но в дальнейшем не обеспечивает их работой в соответствии с полученной квалификацией, чем охотно пользуются коммерческие медицинские, фармацевтические и прочие организации, охотно принимающие на работу высококвалифицированных специалистов-менеджеров, не вкладываясь в их образование.

Существующая система оказания медицинской помощи пациентам с синдромом диабетической стопы (СДС) не удовлетворяет ни население, ни медицинских работников. Отсутствуют специализированные структуры, помогающие больным СДС адаптироваться к новым условиям жизни, дающие мотивацию для самоконтроля, само- и взаимопомощи, активно взаимодействующие с микро- и макроокружением больного. Указанные факторы обуславливают актуальность анализа основных медико-социальных и социально-экономических проблем у пациентов с СДС, чему и была посвящена эта научная работа [2].

Материалы и методы

В рамках данной работы было проведено проспективное медико-социальное исследование на основании результатов анкетирования 340 больных СДС,

находящихся на диспансерном учете в Межрайонном диабетологическом центре города Челябинска. На основе изученной информации, в Городском диабетологическом Центре, расположенном на базе Челябинской ГКБ № 1, была разработана модель оказания комплексной амбулаторной сестринской помощи.

Результаты

Типичными проблемами пациентов с СДС является значительное снижение качества жизни: ограничение способности к передвижению и самообслуживанию, болезненные ощущения, необходимость регулярно принимать лекарственные препараты, стресс, потеря работы, проблемы с выполнением повседневных дел по дому и на садовом участке, сужение круга общения, вынужденное изменение привычек, интересов, ритма жизни, снижение творческой активности и возможности участия в общественной жизни. В результате пациент может стать раздражительным и склонным к неадекватным психологическим реакциям. Это становится причиной напряжения в семейных взаимоотношениях и еще больше усугубляет стресс. Несмотря на существующую социальную защиту больных и инвалидов (бесплатные сахароснижающие препараты), расходы на необходимое лечение и средства реабилитации (ортопедическая обувь, средства ухода, перевязочный материал и т.д.) полностью не покрываются. Основная масса больных (73,8%) представлена гражданами пенсионного возраста. Показатель материальной обеспеченности на одного человека в месяц у 52% респондентов составил 15-35\$, у 41% – 35-50\$ и только у 7% превысил 50\$. Численность семьи у большинства респондентов составляла 2-3 человека (72,2% опрошенных), 16,4% жили в семье из 4 и более человек, а 28,9% проживали одни. Мы также изучили степень информированности больных о своем заболевании: 9% респондентов считают, что «знают о своем заболевании все», 46,1% ответили, что «знают достаточно, но хотелось бы знать еще больше и пройти дополнительное обучение», 38,7% пациентов считают, что недостаточно знают о своем заболевании и 6,2% считают, что «почти ничего не знают о сахарном диабете».

Информацию об уходе за стопами и профилактических мероприятиях 44,1% пациентов получили на приеме у эндокринолога или подиатра, 30,8% на занятиях в «Школе для больных диабетом», 4,7% узнали из теле- и радиопередач, публикаций в газетах и журналах, у 20,3% респондентов источником данных стали соседи, родственники и коллеги по работе. Большая часть пациентов (80,5% опрошенных) осуществляет уход за стопами самостоятельно, а 19,5% обращаются за помощью к родственникам. Возможность свободно передвигаться у 3,5% больных ограничена из-за ампутации конечности, у 6,3% из-за слабости в ногах, общей слабости 2,7% опрошенных; на нижних конечностях 2,3%, а 4,7% респондентов – от снижения зрения.

В посторонней помощи (уборка квартиры, покупка продуктов, гигиенический уход и т.д.) нуждались 19,5% опрошенных пациентов. Факторы риска, усугубляющие течение заболевания (курение, злоупотребление алкоголем), выявлены у 26,6% больных, а 0,8% респондентов грубо нарушают предписанный режим питания. В 1,6% случаев наблюдалось сочетание различных факторов риска. У подавляющего большинства больных (89,7%) выявлены тяжелые осложнения и ассоциированные с сахарным диабетом нозологии (катаракта, артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца, СДС, нефропатия), развитие которых обусловлено длительным течением заболевания, возрастом пациентов, неудовлетворительными материальными условиями жизни, отсутствием необходимого самоконтроля и недостаточной информированностью о сущности заболевания.

Замечания, высказанные респондентами по уровню оказания медицинской помощи, в основном касались поликлиники, где выстраиваются большие очереди на плановую госпитализацию и к различным специалистам (в частности к подиатру).

Опрошенные выказали следующие предложения по улучшению качества медицинской помощи:

- организация консультаций и лабораторных исследований на дому для пациентов с ограниченными возможностями передвижения;
- организация патронажной службы;
- предоставление транспорта для доставки пациентов с ограниченными возможностями передвижения в поликлинику или стационар с целью обследования или консультации.

Часть предложений имела медико-социальный аспект - они касались оказания материальной помощи в приобретении ортопедических приспособлений и снабжения средствами самоконтроля (глюкометры, тест-полоски и т.д.).

Обсуждение

Анкетирование больных показало, что система организации помощи больным СДС нуждается в качественном улучшении. Очевидно, что одних только врачебных усилий в данном направлении недостаточно, к решению задачи должен быть привлечен сестринский персонал. В большинстве развитых стран основной ячейкой системы первичной медико-санитарной помощи является подготовленная бригада, состоящая из врачей, коммунальных медицинских сестер и диетологов [3].

Повышение роли сестринского персонала с различным уровнем подготовки (от медсестер по уходу до кадров с высшим образованием и научными степенями) стало базовой тенденцией во многих странах мира. Другой тенденцией является перемещение акцентов со стационарного на амбулаторный этап ухода, поскольку пациентам с СДС наибольший объем помощи

оказывается именно на этом уровне. Мы считаем, что достойной адаптацией принципов ВОЗ на российской почве является создание комплексных сестринских бригад амбулаторной помощи больным СДС.

На основе полученной при изучении госпитальной популяции информации была разработана модель оказания комплексной амбулаторной сестринской помощи.

Ее основными задачами являются:

- организация и повышение качества ухода за больными СДС и ограниченными способностями к самообслуживанию на догоспитальном этапе и амбулаторном лечении;
- формирование мотивации для изменения образа жизни, обучение пациентов и членов их семей приемам контроля за сахарным диабетом, само- и взаимопомощи, обучение правильному уходу за стопами;
- контроль диспансеризации больных СДС, планирование посещений врачей-специалистов, диспансеризация на дому;
- соблюдение врачебных назначений и выполнение процедур на дому, незамедлительное оказание неотложной помощи при угрожающих состояниях;
- социально-психологическая поддержка пациентов и их родственников;
- интеграция текущей деятельности в рамках Диабетологического центра, преемственность в работе с эндокринологической службой, кабинетом подиатра, ортопедической коррекции, врача общей практики и других специалистов, школой для больных диабетом, липидным центром, хирургической службой и т.д.;
- ведение медицинской документации, участие в заполнении регистра больных СДС и научной работе, подготовка методических материалов для обучения больных и медицинского персонала;
- взаимодействие с органами социальной защиты, коммунальными службами, волонтерскими общественными организациями.

В зависимости от конкретных условий медицинского учреждения структура комплексной сестринской бригады патронажной помощи может включать специалистов различных направлений, отличающихся по уровню подготовки. Но во всех случаях наряду с патронажной сестрой в состав бригады должна входить подиатрическая медсестра, а руководящие обязанности берет на себя специально подготовленная сестра-менеджер. Руководитель бригады в зависимости от организационной структуры может подчиняться заведующему Диабетологическим центром, заведующему поликлиникой или менеджеру участковой медсестринской службы.

Менеджер сестринской бригады обладает расширенными функциональными полномочиями. В его задачи входит:

1. Осуществление руководства средним медицинским персоналом бригады:

- оказание помощи в реализации всех 5 этапов сестринского процесса;
- формулировка ежедневных заданий и контроль отчетности медсестер;
- контроль качества выполнения врачебных назначений и сестринских манипуляций;
- ведение отчетной документации, анализ эффективности работы сестринской бригады;
- обучение патронажных и подиатрических сестер особенностям ухода за пациентами с осложненным течением заболевания на дому;
- систематическое повышение собственной профессиональной квалификации и контроль за повышением квалификации подчиненных, внедрение в практику новых методик обучения и оказания помощи больным СДС;
- грамотное обоснование численности и кадрового состава сотрудников сестринской бригады в соответствии с их реальной нагрузкой и потребностями обслуживаемого района.

2. Руководство обучением пациентов на дому:

- укрепление мотивации больных в борьбе с заболеванием, воспитание правильных привычек и поддержание здорового образа жизни;
- составление расписания занятий;
- руководство подготовкой учебно-методических материалов для обучения пациентов, членов их семей, младшего и среднего медицинского персонала;

1. Организация транспортировки больных в клинику для диспансерных осмотров или госпитализации, а также визиты специалистов на дом при наличии соответствующих показаний;

2. Коммуникация при необходимости с органами социальной защиты населения, родными и близкими, трудовым коллективом больного, различными общественными организациями с целью решения проблем пациента;

3. Участие в научном анализе работы сестринской бригады и Центра диабетической стопы;

4. Регистрация больных СДС и выявление их потребности в обслуживании сестринской бригадой.

Мы осознаем, что для решения проблемы сахарного диабета с осложненным течением требуются усилия не только медицинского персонала, но и общества в целом. Однако медицинские работники и, в частности,

медицинские сестры вполне могут обеспечить ряд мероприятий, направленных на улучшение состояния пациентов с сахарным диабетом, степень компенсации заболевания и повышение качества жизни. Многие из перечисленных мероприятий решаемы в рамках грамотно организованной работы сестринского звена. Иными словами, оказание сестринской помощи больным сахарным диабетом необходимо формировать с применением системного подхода, который включает в себя такие аспекты деятельности среднего медицинского персонала как:

- общий уход;
- патронаж на дому;
- обучение больных и членов их семьи;
- подиатрический уход;
- междисциплинарное взаимодействие;
- межсекторальное взаимодействие.

Заключение

Воспитание и поддержание здорового образа жизни среди пациентов с сахарным диабетом - нелегкая задача. Чтобы успешно с ней справиться, медицинской сестре помимо профессионального образования и опыта, требуется обучение в области психологии и педагогики, а также дополнительные временные затраты на «немедицинскую работу», которые могут сильно отличаться в зависимости от особенностей пациента. Необходимость дополнительного времени для работы с такими больными должна быть учтена руководителями здравоохранения. Кроме того, важно разработать единые стандартные алгоритмы оказания сестринской помощи, что позволит обеспечить высокое качество обслуживания.

Как показывает опыт зарубежных и отечественных центров, занимающихся проблемами осложненного течения сахарного диабета, обучение больных и подиатрический уход позволяют уменьшить число ампутаций при СДС. Мотивация пациентов, воспитание новых полезных привычек и поддержание здорового образа жизни - нелегкая задача, которую нужно решать в первую очередь силами среднего медицинского персонала.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Лапик С.В, Павлов Ю.И Современное состояние сестринского дела и роль медсестры-менеджера в оптимизации системы управления сестринской деятельностью. Главная медицинская сестра 2009;10:20-36. [Lapik S.V, Pavlov Ju.I The modern state of nursing and the role of the nurse Manager to

optimize the management system of nursing activities. Chief nurse 2009;10:20-36 (In Russ.)].
2. Павлов Ю.И, Анфимова И.А. Параметры качества жизни и копинг-стратегии у пациентов с синдромом диабетической стопы. Паллиативная медицина и реабилитация 2011;1:23-27. [Pavlov Ju.I, Anfimova I.A. Param-

eters of quality of life and coping strategies in patients with diabetic foot syndrome. Palliative medicine and rehabilitation 2011;1:23-27 (In Russ.)].
3. M Aalaa, O Tabatabaei Malazy, M Sanjari, M Peimani, MR Mohajeri-Tehrani Nurses' role in diabetic foot prevention and care; a review. J Diabetes Metab Disorb 2012;11;24. DOI: 10.1186/2251-6581-11-24