

*Омская региональная общественная организация
«Омская профессиональная сестринская ассоциация»*

***ПРАКТИЧЕСКИЙ ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ
НАУЧНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ
В СЕСТРИНСКОМ ДЕЛЕ
ОМСКОЙ ОБЛАСТИ***

(МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ)



Омск 2015

*Омская региональная общественная организация
«Омская профессиональная сестринская ассоциация»*

**ПРАКТИЧЕСКИЙ ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ НАУЧНЫХ
ИССЛЕДОВАНИЙ В СЕСТРИНСКОМ ДЕЛЕ ОМСКОЙ ОБЛАСТИ
(МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ)**

Омск 2015

ПРАКТИЧЕСКИЙ ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ НАУЧНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ В СЕСТРИНСКОМ ДЕЛЕ ОМСКОЙ ОБЛАСТИ

В методических рекомендациях описаны организация и методология проведения научных исследований в области сестринского дела, результаты исследований и примеры расширенной практики, которые демонстрируют вклад медицинских сестер, акушерок и инструкторов по лечебной физкультуре в предоставлении медицинской помощи, основанной на данных научных исследований и ориентированных на потребности населения.

Данные рекомендации представляют интерес для сестринского персонала, студентов образовательных медицинских учреждений высшего и среднего профессионального образования, профессиональных сестринских ассоциаций и всех тех, кто заинтересован в проведении и использовании научных исследований в своей деятельности.

Общее руководство – Зорина Татьяна Александровна, президент Омской профессиональной сестринской ассоциации, Заслуженный работник здравоохранения РФ.

Материалы подготовлены координатором двух проектов Омской профессиональной сестринской ассоциации «Исследования в сестринском деле 2011-2014 гг.» Бучко Ольгой Александровной, вице-президентом ОПСА, Отличником здравоохранения РФ.

Введение.

Во всем мире развитие здравоохранения во многом происходит за счет научно-обоснованных подходов, преимущества которых неоспоримы. В виду совершенствования и продолжающегося реформирования здравоохранения в России, все сложнее отвечать растущим требованиям времени – наращивать эффективность своей работы, доступность в оказании медицинской помощи, непрерывность в осуществлении лечебно-диагностического процесса и улучшении профилактической и реабилитационной помощи. В решении этих вопросов необходимо проведение научных исследований.

Омская профессиональная сестринская ассоциация взяла на себя инициативу по продвижению научных исследований в области сестринского дела и с 2011 года провела два проекта «Исследования в сестринском деле» направленных на внедрение в медицинскую практику научно-обоснованных принципов оказания медицинской помощи улучшающих ее качество. За последние четыре года результаты проведенных исследований были опубликованы на страницах журнала «Вестник РАМС» и в материалах Ассоциации медицинских сестёр России «Практический опыт проведения научных исследований в сестринском деле».

Предлагаемые вашему вниманию методические рекомендации по организации и проведению научных исследований в области сестринского дела содержат ряд примеров работы с различными возрастными группами и в различных областях медицинских услуг, которые иллюстрируют инновационные методы, применяемые сестринским персоналом в ответ на современные требования к обеспечению здоровья населения в регионе. Работая непосредственно с пациентами и тесно общаясь с различными людьми, медицинские сестры и акушерки должны хорошо знать принципы и практику общественного здравоохранения, чтобы использовать любую возможность для влияния на конечные показатели здоровья населения, социальные детерминанты здоровья и стратегии, необходимые для осуществления изменений к лучшему. Представленные в данных методических рекомендациях результаты исследований показали положительное влияние инноваций и методов на здоровье пациентов и со всей определенностью демонстрируют экономическую эффективность оказываемых медицинских услуг, качество, доступность, рациональность и информированность.

Примеры, расширенной сестринской практики, применяемые в омском регионе, пропагандируют инновационные вмешательства, связанные с удовлетворением потребностей населения в медицинской помощи. Представленные примеры показывают, что медицинские сестры и акушерки представляют безопасную, высококачественную и ориентированную на пациента медицинскую помощь, улучшают медико-санитарную помощь и снижают затраты медицинской организации. Функции сестринского персонала развиваются и расширяются, особенно в области укрепления здоровья,

профилактики заболеваний, динамического наблюдения за пациентами с хроническими заболеваниями. Это развитие строится на научных данных и методах повышения качества и достигается при наличии сильного руководства и благоприятных системных условий.

Надеемся, что данные методические рекомендации послужат источником вдохновения, стимулом и руководством к действию, поскольку материалы, представленные сестринским персоналом, демонстрируют его, как жизненно важный ресурс для повышения уровня здоровья и благополучия населения.

ЧАСТЬ I

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ОРГАНИЗАЦИИ И ПРОВЕДЕНИЮ НАУЧНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ В ОБЛАСТИ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА

ГЛАВА 1. **ЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРОВЕДЕНИЯ ИССЛЕДОВАНИЙ В ОБЛАСТИ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА**

Этика (греческое «ethos» — обычай, нрав) — одна из древнейших наук, объектом изучения которой является мораль и нравственность.

Медицинская этика — совокупность норм поведения и морали медицинских работников. Постепенно определились основные вопросы медицинской этики: медицинский работник и общество, отношение медицинских работников к здоровому и больному человеку, взаимоотношения с людьми, окружающими пациента, медицинская тайна, взаимоотношения медицинских работников: этика обучения медицине и совершенствование знаний; этика научных исследований. Нормы медицинской этики изменялись в зависимости от социальных условий и прогресса медицины. Сегодня уже является аксиомой, что медицинская помощь не может быть полноценной, если специалист не обладает этическими качествами.

При проведении исследований, объектами изучения в которых являются люди, огромное внимание должно уделяться защите прав участников исследования. Внимание к этической стороне особенно важно для научных исследований в области сестринского дела, т.к. разграничение того, что считается сестринской помощью, а что — сбором информации для исследования, становится все более сложным. Этические нормы накладывают ограничения и на изучение некоторых проблем, т.к. этические требования часто разнятся с научным подходом.

Чаще всего причиной проведения исследования, нарушающего этические принципы, является не чрезмерная жестокость или аморальность исследователя, а твердая убежденность в том, полученная информация важна с научной точки зрения или поможет сохранить жизни других людей в долгосрочной перспективе.

Этические аспекты, с которыми сталкивается исследователь, имеют под собой два основания:

- прямой конфликт прав участников исследования и требований, предъявляемых исследованием как практическим приложением жесткого научного подхода;
- конфликт интересов, возникающий при противоречии обязанностей, которые медицинская сестра выполняет как исследователь, и обязанностей, которые на нее налагаются как на профессионала, выполняющего свои должностные обязанности.

Именно для определения того, как следует поступать медицинской сестре-исследователю в ситуациях подобных конфликтов, разрабатываются и принимаются профессиональные этические кодексы. Одним из наиболее ранних этических кодексов, признанных международной общественностью, является Нюрнбергский кодекс, принятый после Нюрнбергского процесса. Позже было принято

еще несколько международных этических кодексов, наиболее важным из которых является Хельсинкская декларация, в 1964 году принятая и в 1975 году пересмотренная Всемирной Медицинской Ассамблеей. Еще один очень важный документ был принят в 1978 году в США Национальной комиссией по защите прав человеческих объектов биомедицинских и поведенческих исследований. Этот документ, известный также как Бельмонтский отчет, стал основой для регулирования исследовательской деятельности, спонсируемой Федеральным правительством США. В нем содержится три основных этических принципа проведения научных исследований: благотворительность, уважение человеческого достоинства и справедливость.

Согласно принципу благотворительности, участник исследования имеет следующие права и свободы: свободу от нанесения вреда, физического и морального; свободу от эксплуатации и попадания в неловкую ситуацию из-за участия в исследовании и право на вознаграждение за участие в исследовании.

В России впервые в 1996 году Межрегиональной ассоциацией медицинских сестер был разработан Этический кодекс, который успешно применял в практической деятельности сестринский персонал. Последние десять лет существенно изменили этико-правовые и экономические отношения в медицине: формирование новой стратегии развития здравоохранения, совершенствование правовой базы, коммерциализация отношений в здравоохранении обозначили новые этические проблемы в сестринском деле. В связи с этим возникла необходимость пересмотра Этического кодекса.

Этический кодекс не устанавливает жестких правовых норм, определяет и формулирует базовые этические ценности сестринского сообщества в России. Высшей ценностью сестринской работы обозначены верность принципам милосердия и наивысший приоритет интересов пациента.

Положения настоящего Кодекса должны рассматриваться во взаимосвязи с правовыми нормами, стандартами сестринской практики, клиническими рекомендациями и другими правовыми актами.

Для проведения сестринских исследований необходимо знать и применять все статьи Этического кодекса медицинской сестры России, но особенно обращать внимание на статьи в части 2:

Статья 1. Медицинская сестра и пациент

Положения настоящего Кодекса распространяются на все виды и формы клинических взаимоотношений, возникающих между медицинской сестрой и пациентом. В зависимости от конкретной ситуации в роли пациента могут выступать больной или здоровый человек, семья и окружение пациента, социальная, профессиональная или иная группа людей, общество в целом.

Статья 2. Медицинская сестра и право пациента на качественную медицинскую помощь

Медицинская сестра должна уважать неотъемлемые права каждого человека на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья, наилучший уровень социальной адаптации и на получение адекватной медицинской помощи.

Медицинская сестра обязана оказывать пациенту качественную медицинскую помощь, отвечающую принципам гуманности, профессиональным стандартам и современным представлениям медицинской науки. В клинической практике основой деятельности медицинской сестры являются принципы ухода, основанного на доказательствах.

Действия медицинской сестры, выполняемые в рамках деятельности мультидисциплинарной бригады, должны быть нацелены на достижение наивысшего комплексного результата: на благо пациента во всех аспектах комплексной медицинской помощи, не ограничиваясь сугубо медицинскими аспектами.

Медицинская сестра несет моральную ответственность за свою деятельность перед пациентом, коллегами и обществом. Этическая обязанность медицинской сестры оказывать, в меру своей компетенции, неотложную медицинскую помощь человеку, нуждающемуся в ней в любых условиях, во время исполнения служебных обязанностей и в иное время.

Статья 6. Прежде всего - не навреди

Медицинская сестра не вправе нарушать древнюю этическую заповедь медицины «Прежде всего - не навредить!».

Медицинская сестра не вправе безучастно относиться к действиям третьих лиц, стремящихся нанести пациенту любой вред. Этический долг медицинской сестры — предпринять все возможные действия, включая обращение к административным органам для защиты своего пациента.

Действия медицинской сестры по уходу, любые другие медицинские вмешательства, сопряженные с болевыми ощущениями и иными временными негативными явлениями, допустимы лишь в его интересах. «Лекарство не должно быть горше болезни!». Производя медицинские вмешательства, чреватые риском развития осложнений, болезненных или иных мучительных ощущений, медицинская сестра обязана подробно и честно информировать пациента о возможном риске, заручиться его согласием до начала вмешательства и предусмотреть все возможные меры безопасности, купирования угрожающих жизни и здоровью пациента осложнений.

Статья 7. Медицинская сестра и право на информацию

Медицинская сестра должна быть правдивой и честной. Безусловная искренность в любых вопросах, касающихся состояния здоровья пациента, — непременное условие эффективной сестринской помощи. Пациент должен быть

осведомлен о своем праве задавать вопросы при оказании медицинской помощи и получать на них исчерпывающие и честные ответы.

Моральный и профессиональный долг медицинской сестры информировать пациента о его правах. Знание декларированных законом прав пациентов различных групп и помощь пациенту в их реализации – этический долг медицинской сестры. В случае если права пациента нарушены действиями коллег или третьих лиц, этично вынести вопрос о защите прав пациента на коллегиальное обсуждение, а если потребуется, на рассмотрение Этического комитета. Защита интересов пациента выше псевдоколлегиальности.

Медицинская сестра обязана уважать право пациента на получение информации о состоянии его здоровья, о возможном риске и преимуществах предлагаемых методов лечения, о диагнозе и прогнозе, равно как и его право отказываться от информации вообще. Решение пациента отказаться от получения информации не должно влиять на объем и качество предоставляемой сестринской помощи. Информация должна предоставляться таким образом, чтобы пациент полностью и правильно понял ее. При необходимости пациент должен иметь право задавать любое количество уточняющих вопросов, необходимых ему для понимания.

Информация о состоянии здоровья дееспособного пациента может предоставляться его родственникам и близким только с согласия пациента.

Порядок предоставления информации о состоянии здоровья пациента, проводимом лечении, результатах обследования и иных данных, в том числе объем предоставляемой информации, определяются коллегиально всеми членами мультидисциплинарной бригады, оказывающей помощь.

Ложь неэтична всегда. Никакие условия, обстоятельства и соображения не могут оправдать обман пациента. Медицинская сестра не должна подменять своими представлениями о благе пациента его решения.

Статья 8. Медицинская сестра и право пациента соглашаться на медицинское вмешательство или отказываться от него

Медицинская сестра должна уважать право пациента или его законного представителя, когда она имеет дело с ребенком или пациентом, в соответствии с законом признанным недееспособным, соглашаться на любое медицинское вмешательство или отказываться от него.

Медицинская сестра должна быть уверена, что согласие или отказ даны пациентом добровольно и осознанно. Моральный и профессиональный долг медицинской сестры в меру своей квалификации предоставлять пациенту честную и полную информацию о проводимом лечении, включая значение процедуры, ее ожидаемые результаты, ход, возможные осложнения и риски, последствия отказа от медицинской помощи.

В случаях, когда пациенту предоставляется выбор между несколькими альтернативами лечения, долг медицинской сестры предоставить объективную ин-

формацию о каждой возможности, ее особенностях и условиях получения. Если пациент нуждается в помощи при принятии решения, оказать ее надлежит таким образом, чтобы исключить любое влияние на конечный выбор.

Медицинская сестра уважает выбор пациента даже в том случае, если он противоречит ее ожиданиям и потенциально направлен против интересов пациента. Пациенту должна быть предоставлена исчерпывающая информация о последствиях и рисках сделанного им выбора, после чего, если сложившаяся ситуация не подпадает под установленные законом исключения, решение пациента определяет тактику дальнейшей сестринской помощи. Пациент должен быть информирован о возможности изменить свое решение в любой момент.

В случаях, когда решение пациента противоречит мнению родственников и близких, медицинская сестра должна помочь им с уважением принять решение пациента.

Отказ пациента от того или иного вмешательства, равно как и от лечения в целом не должен влиять на его положение и негативно отражаться на отношении к нему медицинской сестры и других медицинских работников. Медицинская сестра вправе оказывать помощь без согласия пациента (или согласия законного представителя некомпетентного пациента) только в строгом соответствии с законодательством Российской Федерации.

При оказании медицинской помощи некомпетентным пациентам медицинская сестра должна, насколько позволяет состояние таких пациентов, привлекать их к процессу принятия решения.

Статья 9. Обязанность хранить профессиональную тайну

Медицинская сестра должна сохранять в тайне от третьих лиц доверенную ей или ставшую ей известной в силу исполнения профессиональных обязанностей информацию о состоянии здоровья пациента, диагнозе, лечении, прогнозе его заболевания, а также о личной жизни пациента, даже после того, как пациент умрет.

Медицинская сестра обязана неукоснительно выполнять свои функции по защите конфиденциальной информации о пациентах, в каком бы виде она не хранилась.

Медицинская сестра вправе раскрыть конфиденциальную информацию о пациенте какой-либо третьей стороне только с согласия самого пациента. Право на передачу медсестрой информации другим специалистам и медицинским работникам, оказывающим помощь пациенту, а также должностным лицам, право которых на получение информации установлено законом, предполагает наличие его согласия. В любом случае информация должна предоставляться таким образом, чтобы свести к минимуму потенциальный вред для пациента.

Использование фото и видеосъемки возможно только в научных и образовательных целях и только с согласия пациента.

Медицинская сестра вправе передавать конфиденциальную информацию без согласия пациента лишь в случаях, предусмотренных законом. При этом пациента следует поставить в известность о неизбежности раскрытия конфиденциальной информации. Во всех других случаях медицинская сестра несет личную моральную, а иногда и юридическую ответственность за разглашение профессиональной тайны.

Этическая обязанность медицинской сестры активно вмешаться в ситуацию, когда кто-либо, помимо медицинских работников, непосредственно участвующих в лечении, получает, использует и распространяет конфиденциальную информацию относительно пациентов.

Статья 12. Медицинская сестра как участник научных исследований

Медицинская сестра должна стремиться участвовать в исследовательской деятельности, в приумножении знаний в своей профессии. В исследовательской деятельности с участием человека в качестве объекта медицинская сестра обязана строго следовать международным документам по медицинской этике (Хельсинская декларация и др.) и законодательству Российской Федерации. Интересы личности пациента для медицинской сестры должны быть всегда выше интересов общества и науки. Участвуя в научных исследованиях, медицинская сестра обязана особенно строго обеспечивать защиту тех пациентов, которые сами не в состоянии об этом позаботиться (дети, лица с тяжелыми психическими расстройствами).

При принятии решения о проведении исследования, необходимо тщательно оценить риски и пользу, которая будет получена в результате исследования. При этом необходимо взвесить риск, которому подвергаются участники исследования, и пользу, которую они получают, и сообщить об этом участникам для того, чтобы они могли принять решение о возможности/выгодности участия в конкретном исследовании. При проведении исследования риск, которому подвергаются участники, никогда не должен превышать потенциальную пользу для человечества от полученных знаний. Большинство сестринских исследований являются исследованиями с минимальным риском, который определяется как уровень риска, не превышающий уровня риска повседневной жизни конкретного участника или уровня риска обычных физических или психологических тестов или процедур.

По принципу уважения человеческого достоинства, в права участника исследования входят:

- право на самоопределение (добровольность решения об участии в исследовании и отсутствия наказания за отказ),
- право на полную информированность (знание всех тонкостей и последствий исследования),
- принцип справедливости — предполагается соблюдение при проведении исследования таких прав участников, как право на равенство по сравнению с дру-

гими участниками исследования и окружающими людьми и право на сохранение секретности (анонимность участников и конфиденциальность информации).

Эти принципы и соблюдение указанных выше прав участников исследования должны быть этическими руководствами для исследователя. Для официального подтверждения соблюдения этих принципов при привлечении людей к участию в исследовании используются специально разработанные документы — подтверждение добровольного согласия на участие в исследовании.

Информированное добровольное согласие является центральным этическим принципом при проведении исследования. Согласно регулирующим нормам, под ним подразумевается понимающее согласие конкретного лица (или его законного представителя), способного осуществлять свободный выбор без излишнего побуждения или любого элемента «насилия, обмана, хитрости, принуждения или иной формы ограничения или давления». Предполагается, что для достижения этих целей исследователи должны четко информировать будущего участника:

- о том, какие процедуры являются обычными (например, лечебными), а какие являются вмешательствами, проводимыми для исследовательских целей;
- о цели исследования, представленной в понятной для участника форме;
- о видах данных, собираемых для исследования;
- о временных границах участия в исследовании в целом и в каждом его этапе;
- о критериях отбора участников исследования;
- о подробно описанных процедурах, используемых для сбора данных, а также специализированных вмешательствах, проводимых в исследовательских целях;
- о потенциальных рисках или расходах со стороны участника;
- о потенциальной выгоде и пользе;
- о гарантиях конфиденциальности;
- о добровольности участия в исследовании;
- о праве на отказ/прекращение участия в исследовании;
- о возможных альтернативных исследовательских вмешательствах;
- об информации для контакта с исследователем.

Соблюдение прав участника исследования и безопасности исследования с этической точки зрения гарантируется различными инстанциями, проводящими рассмотрение заявки на проведение исследования и выдачу разрешения на его проведение. Примерами таких органов могут считаться комитеты по правам участников научных исследований, советы научных руководителей, комитеты по вопросам этики в области охраны здоровья граждан, а также советы по научным исследованиям медицинских организаций, в которых предполагается проведение исследования.

При проведении сестринских исследований одним из самых значимых вопросов является вопрос о правах пациента. Во всех развитых странах мира набирают силу тенденции, связанные с расширением, углублением и повышением

уровня гарантий прав человека. К числу таких прав относятся и права пациента описанные в Федеральном законе «Об основах охраны здоровья граждан РФ».

Для того чтобы исследование на всех этапах шло в рамках действующего законодательства, необходим анализ законодательной базы места проведения исследования и применения его результатов (публикации, внедрения в медицинскую практику и т.д.). Планируя исследование, важно учитывать, что если объектами исследования (эксперимента) являются люди, то получение добровольного информированного согласия каждого объекта является обязательным. Однако и после этого объект исследования имеет право отказаться от исследования в любой момент.

В случае, когда объектом научного исследования является медицинский персонал, то получение такого согласия также необходимо. Административное принуждение (приказ по учреждению о проведении исследования и участии в нём) сотрудников и пациентов незаконно. Согласно Основам законодательства РФ об охране здоровья граждан (ст. 13) вся информация о состоянии пациента составляет врачебную тайну и предоставляется третьим лицам только с согласия пациента или его законных представителей (кроме особых случаев). Лица (исследователи в том числе), в установленном порядке получившие такую информацию, несут наравне с медицинскими работниками дисциплинарную, административную и уголовную ответственность за её разглашение. Публикация таких сведений, использование их в целях обучения, исследований разрешается лишь с согласия пациента.

Объектами биомедицинских исследований не могут быть (согласно Основам законодательства РФ об охране здоровья граждан):

- лица, не достигшие 15 лет (могут с письменного согласия законных представителей);
- лица, задержанные, заключённые под стражу, отбывающие наказание в местах лишения свободы либо административный арест;
- лица, не могущие в силу объективных причин (бессознательное состояние, болезнь и др.) дать добровольное информированное согласие (могут с письменного согласия законных представителей);
- лица, не желающие участвовать в проведении исследования либо предоставлять для этого личную информацию конфиденциального характера или информацию, составляющую врачебную тайну.

Официальное применение результатов исследований, проведённых с нарушением действующего законодательства, невозможно. Оптимальным вариантом является правовая оценка дизайна исследования квалифицированным специалистом по медицинскому праву. Перед проведением сестринского исследования необходимо ознакомиться с Федеральным законом № 323 от 21.11.2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», основными его статьями.

Статья 13. Соблюдение врачебной тайны

1. Сведения о факте обращения гражданина за оказанием медицинской помощи, состоянии его здоровья и диагнозе, иные сведения, полученные при его медицинском обследовании и лечении, составляют врачебную тайну.

2. Не допускается разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, в том числе после смерти человека, лицами, которым они стали известны при обучении, исполнении трудовых, должностных, служебных и иных обязанностей.

3. С письменного согласия гражданина или его законного представителя допускается разглашение сведений, составляющих врачебную тайну другим гражданам, в том числе должностным лицам, в целях медицинского обследования и лечения пациента, проведения научных исследований, их опубликования в научных изданиях, использования в учебном процессе и в иных целях.

4. Предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия гражданина или его законного представителя допускается:

4.1. в целях проведения медицинского обследования и лечения гражданина, который в результате своего состояния не способен выразить свою волю (с учетом положений п.1 ч.1 ст. 9 ФЗ № 323-ФЗ: если медицинское вмешательство необходимо по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни человека и если его состояние не позволяет выразить свою волю или отсутствуют законные представители);

4.2. при угрозе распространения инфекционных заболеваний, массовых отравлений и поражений;

4.3. по запросу органов дознания и следствия, суда в связи с проведением расследования или судебным разбирательством, по запросу органов прокуратуры в связи с осуществлением ими прокурорского надзора, по запросу органа уголовно-исполнительной системы в связи с исполнением уголовного наказания и осуществлением контроля за поведением условно осужденного, осужденного, в отношении которого отбывание наказания отсрочено, и лица, освобожденного условно-досрочно.

В целях осуществления уполномоченными федеральными органами исполнительной власти контроля за исполнением лицами, признанными больными наркоманией либо потребляющими наркотические средства или психотропные вещества без назначения врача либо новые потенциально опасные психоактивные вещества, возложенной на них при назначении административного наказания судом обязанности пройти лечение от наркомании, диагностику, профилактические мероприятия и (или) медицинскую реабилитацию;

4.4. в случае оказания медицинской помощи несовершеннолетнему, для информирования одного из его родителей или его законного представителя;

4.5. в целях информирования органов внутренних дел о поступлении пациента, в отношении которого имеются достаточные основания полагать, что вред его здоровью причинен в результате противоправных действий;

4.6. в целях проведения военно-врачебной экспертизы по запросам военных комиссариатов, кадровых служб и военно-врачебных (врачебно-летных) комиссий федеральных органов исполнительной власти, в которых федеральным законом предусмотрена военная и приравненная к ней служба;

4.7. в целях расследования несчастного случая на производстве и профессионального заболевания, а также несчастного случая с обучающимся во время пребывания в организации, осуществляющей образовательную деятельность, и в соответствии с частью 6 статьи 34.1 Федерального закона от 4 декабря 2007 года N 329-ФЗ "О физической культуре и спорте в Российской Федерации" несчастного случая с лицом, проходящим спортивную подготовку и не состоящим в трудовых отношениях с физкультурно-спортивной организацией, не осуществляющей спортивную подготовку и являющейся заказчиком услуг по спортивной подготовке, во время прохождения таким лицом спортивной подготовки в организации, осуществляющей спортивную подготовку, в том числе во время его участия в спортивных соревнованиях, предусмотренных реализуемыми программами спортивной подготовки;

4.8. при обмене информацией медицинскими организациями, в том числе размещенной в медицинских информационных системах, в целях оказания медицинской помощи с учетом требований законодательства Российской Федерации о персональных данных;

4.9. в целях осуществления учета и контроля в системе обязательного социального страхования;

4.10. в целях осуществления контроля качества и безопасности медицинской деятельности в соответствии с настоящим Федеральным законом.

Статья 19. Право на медицинскую помощь

1. Каждый имеет право на медицинскую помощь.

2. Каждый имеет право на медицинскую помощь в гарантированном объеме, оказываемую без взимания платы в соответствии с Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, а также на получение платных медицинских услуг и иных услуг, в том числе в соответствии с договором добровольного медицинского страхования.

3. Право на медицинскую помощь иностранных граждан, проживающих и пребывающих на территории Российской Федерации, устанавливается законодательством Российской Федерации и соответствующими международными договорами Российской Федерации. Лица без гражданства, постоянно проживающие в Российской Федерации, пользуются правом на медицинскую помощь наравне с гражданами Российской Федерации, если иное не предусмотрено международными договорами Российской Федерации.

4. Порядок оказания медицинской помощи иностранным гражданам определяется Правительством Российской Федерации.

5. Пациент имеет право на:

5. 1. выбор врача и выбор медицинской организации в соответствии с настоящим Федеральным законом;
5. 2. профилактику, диагностику, лечение, медицинскую реабилитацию в медицинских организациях в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям;
5. 3. получение консультаций врачей-специалистов;
5. 4. облегчение боли, связанной с заболеванием и (или) медицинским вмешательством, доступными методами и лекарственными препаратами;
5. 5. получение информации о своих правах и обязанностях, состоянии своего здоровья, выбор лиц, которым в интересах пациента может быть передана информация о состоянии его здоровья;
5. 6. получение лечебного питания в случае нахождения пациента на лечении в стационарных условиях;
5. 7. защиту сведений, составляющих врачебную тайну;
5. 8. отказ от медицинского вмешательства;
5. 9. возмещение вреда, причиненного здоровью при оказании ему медицинской помощи;
5. 10. допуск к нему адвоката или законного представителя для защиты своих прав;
5. 11. допуск к нему священнослужителя, а в случае нахождения пациента на лечении в стационарных условиях — на предоставление условий для отправления религиозных обрядов, проведение которых возможно в стационарных условиях, в том числе на предоставление отдельного помещения, если это не нарушает внутренний распорядок медицинской организации.

Статья 20. Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и на отказ от медицинского вмешательства

1. Необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является дача информированного добровольного согласия гражданина или его законного представителя на медицинское вмешательство на основании предоставленной медицинским работником в доступной форме полной информации о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.

2. Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство дает один из родителей или иной законный представитель в отношении:

2.1. лица, не достигшего возраста (транспл. – 18 лет, больные наркоманией – 16 лет, общий порядок -15 лет) или лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, если такое лицо по своему состоянию не способно дать согласие на медицинское вмешательство;

2.2. несовершеннолетнего больного наркоманией при оказании ему наркологической помощи или при медицинском освидетельствовании несовершеннолетнего в целях установления состояния наркотического либо иного токсического опьянения (за исключением установленных законодательством Российской Федерации случаев приобретения несовершеннолетними полной дееспособности до достижения ими восемнадцатилетнего возраста).

3. Гражданин, один из родителей или иной законный представитель лица, указанного в части 2 настоящей статьи, имеют право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения (за исключением случаев, указанных в части 9 настоящей статьи). Законный представитель лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, осуществляет указанное право в случае, если такое лицо по своему состоянию не способно отказаться от медицинского вмешательства.

4. При отказе от медицинского вмешательства гражданину, одному из родителей или иному законному представителю лица, в доступной для него форме должны быть разъяснены возможные последствия такого отказа.

5. При отказе одного из родителей, либо законного представителя лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, от медицинского вмешательства, необходимого для спасения его жизни, медицинская организация имеет право обратиться в суд для защиты интересов такого лица. Законный представитель лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, извещает орган опеки и попечительства по месту жительства подопечного об отказе от медицинского вмешательства, необходимого для спасения жизни подопечного, не позднее дня, следующего за днем этого отказа.

6. Лица, указанные в частях 1 и 2 настоящей статьи, для получения первичной медико-санитарной помощи при выборе врача и медицинской организации на срок их выбора дают информированное добровольное согласие на определенные виды медицинского вмешательства, которые включаются в перечень, устанавливаемый уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

7. Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство или отказ от медицинского вмешательства оформляется в письменной форме, подписывается гражданином, одним из родителей или иным законным представителем, медицинским работником и содержится в медицинской документации пациента.

8. Порядок дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства, в том числе в отношении определенных видов медицинского вмешательства, форма информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и форма отказа от медицинского вмешательства утверждаются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

9. Медицинское вмешательство без согласия гражданина, одного из родителей или иного законного представителя допускается:

1) если медицинское вмешательство необходимо по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни человека и если его состояние не позволяет выразить свою волю или отсутствуют законные представители (в отношении лиц, указанных в части 2 настоящей статьи);

2) в отношении лиц, страдающих заболеваниями, представляющими опасность для окружающих;

3) в отношении лиц, страдающих тяжелыми психическими расстройствами;

4) в отношении лиц, совершивших общественно опасные деяния (преступления);

5) при проведении судебно-медицинской экспертизы и (или) судебно-психиатрической экспертизы.

10. Решение о медицинском вмешательстве без согласия гражданина, одного из родителей или иного законного представителя принимается:

1) в случаях, указанных в пунктах 1 и 2 части 9 настоящей статьи, - консилиумом врачей, а в случае, если собрать консилиум невозможно, - непосредственно лечащим (дежурным) врачом с внесением такого решения в медицинскую документацию пациента и последующим уведомлением должностных лиц медицинской организации (руководителя медицинской организации или руководителя отделения медицинской организации), гражданина, в отношении которого проведено медицинское вмешательство, одного из родителей или иного законного представителя лица, которое указано в части 2 настоящей статьи и в отношении которого проведено медицинское вмешательство, либо судом в случаях и в порядке, которые установлены законодательством Российской Федерации;

2) в отношении лиц, указанных в пунктах 3 и 4 части 9 настоящей статьи, - судом в случаях и в порядке, которые установлены законодательством Российской Федерации.

11. К лицам, совершившим преступления, могут быть применены принудительные меры медицинского характера по основаниям и в порядке, которые установлены федеральным законом.

Статья 22. Информация о состоянии здоровья

1. Каждый имеет право получить в доступной для него форме имеющуюся в медицинской организации информацию о состоянии своего здоровья, в том числе сведения о результатах медицинского обследования, наличии заболевания, об установленном диагнозе и о прогнозе развития заболевания, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных видах медицинского вмешательства, его последствиях и результатах оказания медицинской помощи.

2. Информация о состоянии здоровья предоставляется пациенту лично лечащим врачом или другими медицинскими работниками, принимающими непо-

средственное участие в медицинском обследовании и лечении. В отношении лиц, не достигших возраста, установленного в части 2 статьи 54 настоящего Федерального закона (15 лет, нарк. – 16), и граждан, признанных в установленном законом порядке недееспособными, информация о состоянии здоровья предоставляется их законным представителям.

3. Информация о состоянии здоровья не может быть предоставлена пациенту против его воли. В случае неблагоприятного прогноза развития заболевания информация должна сообщаться в деликатной форме гражданину или его супругу (супруге), одному из близких родственников (детям, родителям, усыновленным, усыновителям, родным братьям и родным сестрам, внукам, дедушкам, бабушкам), если пациент не запретил сообщать им об этом и (или) не определил иное лицо, которому должна быть передана такая информация.

4. Пациент либо его законный представитель имеет право непосредственно знакомиться с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья, и получать на основании такой документации консультации у других специалистов.

5. Пациент либо его законный представитель имеет право на основании письменного заявления получать отражающие состояние здоровья медицинские документы, их копии и выписки из медицинских документов. Основания, порядок и сроки предоставления медицинских документов (их копий) и выписок из них устанавливаются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

Статья 23. Информация о факторах, влияющих на здоровье

Граждане имеют право на получение достоверной и своевременной информации о факторах, способствующих сохранению здоровья или оказывающих на него вредное влияние, включая информацию о санитарно-эпидемиологическом благополучии района проживания, состоянии среды обитания, рациональных нормах питания, качестве и безопасности продукции производственно-технического назначения, пищевых продуктов, товаров для личных и бытовых нужд, потенциальной опасности для здоровья человека выполняемых работ и оказываемых услуг. Такая информация предоставляется органами государственной власти и органами местного самоуправления в соответствии с их полномочиями, а также организациями в порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации.

ГЛАВА 2. **МЕТОДОЛОГИЯ НАУЧНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ**

Методология науки — это учение о методах и процедурах научной деятельности.

Теоретическая методология стремится к модели идеального знания (в заданных условиях, например, скорость света в вакууме).

Практическая методология стремится к достижению практической цели (разрабатывая программы, алгоритмы и др.). Эффективность и качество метода проверяется практикой, решением научно-практических задач, т.е. поиском принципов достижения цели, реализуемых в комплексе реальных дел и обстоятельств.

Методология делится на содержательную и формальную. Содержательная методология включает изучение законов, теорий, структуры научного знания, критериев научности и системы используемых методов исследования. Формальная методология связана с анализом методов исследования с точки зрения логической структуры и формализованных подходов к построению теоретического знания, его истинности и аргументированности.

В методологии выделяют следующую структуру:

- основания методологии (философия, логика, системология, психология, информатика, системный анализ, этика);
- характеристики деятельности (особенности, принципы, условия, нормы);
- логическая структура деятельности (субъект, объект, предмет, формы, средства, методы, результат деятельности, решение задач);
- временная структура деятельности (фазы, стадии, этапы).
- технология выполнения работ и решения задач (средства, методы, способы, приемы).

Метод научного исследования – это способ познания объективной действительности. Способ представляет собой определенную последовательность действий, приемов, операций. Методы исследования классифицируют по отраслям науки: математические, биологические, медицинские, социально-экономические, правовые и т.д. В зависимости от уровня познания выделяют методы эмпирического, теоретического и метатеоретического уровней.

Методы эмпирического уровня: наблюдение, описание, сравнение, счет, измерение, анкетный опрос, собеседование, тестирование, эксперимент, моделирование и др.

Методы теоретического уровня: аксиоматический, гипотетический (гипотетико-дедуктивный), формализацию, абстрагирование, общелогические методы (анализ, синтез, индукцию, дедукцию, аналогию) и др.

Методы метатеоретического уровня: диалектический, метафизический, герменевтический и др. Некоторые ученые к этому уровню относят метод системного анализа, а другие его включают в число общелогических методов.

В зависимости от сферы применения различают методы:

- всеобщие (философские), действующие во всех науках и на всех этапах познания;
- общенаучные, которые могут применяться в гуманитарных, естественных и технических науках;
- частные – для родственных наук;
- специальные – для конкретной науки, области научного познания.

От рассматриваемого понятия метода следует отличать понятия техники, процедуры и методики научного исследования.

Под техникой исследования понимают совокупность специальных приемов для использования того или иного метода.

Под процедурой исследования понимают определенную последовательность действий, способы организации исследования.

Методика – это совокупность способов и приемов познания.

Любое научное исследование осуществляется определенными приемами и способами с соблюдением правил. Учение о системе этих приемов, способах и правилах называют методологией. Понятие «методология» в литературе употребляется как совокупность методов, применяемых в какой-либо сфере деятельности (науке, политике и т.д.) и как учение о научном методе познания.

Методология исследований включает:

- выбор темы исследования, формулирование проблемы, целей и задач;
- разработку теоретической основы исследования;
- формулировку гипотезы исследования;
- разработку дизайна и плана исследования;
- определение исследуемой генеральной совокупности, формирование выборки из нее;
- определение методов сбора данных;
- анализ полученных результатов.

1.1. Выбор темы исследования. Формулирование проблемы, цели и задач

Работа над исследованием начинается с выбора темы. Значение этого выбора трудно переоценить, поскольку тема определяет не только направление исследования, но и возможные для реализации методы. Тема — это своего рода визитная карточка исследования. Целесообразно вспомнить о некоторых традиционных требованиях: тема должна быть сформулирована по возможности лаконично, а используемые при ее формулировке понятия должны быть логически взаимосвязаны.

Формулировка темы отражает сосуществование в науке уже известного и еще не исследованного, т.е. процесс развития научного познания. Под темой научно-исследовательской работы принято понимать то главное, о чем в ней го-

ворится. Это материал, отобранный, организованный в соответствии с задачами исследования, с объектом изучения, отраженным в определенном ракурсе.

Выбрать тему не просто! Итак, выбрать тему помогут следующие приемы:

- просмотр тем уже выполненных работ, проведение их анализа и определение актуальности работы;
- ознакомление с новейшими результатами исследований в смежных, пограничных областях науки, так как на стыке наук можно найти неожиданные решения;
- определение методов или стандартных методик для изучения объекта в своей области;
- при выборе темы, важно уяснить, в чем заключается цель, конкретные задачи, новизна и практическая значимость.

При выборе темы необходимо обращаться к научному руководителю исследования, который определяет направление работы исследователя. Автор выполняемой работы отвечает за принятые решения и точность полученных результатов. На этапе выбора тем необходимо записывать в рабочую тетрадь ключевые слова или неполные фразы о вероятной тематике исследования, составлять план, который поможет исследователю отыскивать, собрать и накопить первоисточники по теме.

Тема — это узкая сфера исследования в рамках предмета исследования. Выбор темы для многих является весьма трудным этапом. Часто исследователи выбирают слишком масштабные или сложные темы. Такие темы могут оказаться непосильными для их раскрытия в рамках исследования.

Чтобы облегчить процесс выбора темы, попытаемся выделить основные критерии:

- Тема должна быть понятна ее автору.
- Можно выбрать тему, по которой уже имеются определенные наработки.
- Наличие у самого исследователя определенного опыта работы именно в этой области познаний и способностей.
- Желательно, чтобы тема представляла интерес не только для исследователя, но и вписывалась в его общую перспективу профессионального развития.
- Предпочтительно выбирать тему сравнительно узкого плана, которую предстоит разработать более глубоко и всесторонне.
- Не стоит брать слишком масштабные и сложные темы – они могут оказаться непосильными для их раскрытия в рамках исследования.
- Нельзя брать тему, уже изученную другими исследователями и по своей сути являющуюся неизвестной только лишь для некоторых начинающих исследователей.
- Тема научной работы должна быть конкретной, сосредоточенной на особенностях какого – либо процесса или явления, их влиянии одного на другое, сравнении и др.

- Тема должна быть актуальной и соответствовать требованиям науки и практики. Искусственные, оторванные от жизни темы исследовательских работ не оправдывают себя с научной точки зрения и могут вызвать лишь ироническое отношение к ним со стороны компетентных специалистов.
- Нужно обязательно учитывать возможности материальной базы, специальной техники и наличие методики исследования, то есть тема должна быть реализуема в имеющихся условиях.
- Соответствующая проблема должна быть уже частично освещена в научных работах и специальной литературе.
- Не стоит выбирать тему, проблемы которой активно обсуждаются в прессе и требуют незамедлительного решения, т.к. тема имеет короткий временной промежуток для проведения исследования.
- Необходимо избегать темы с неоднозначными проблемами, которые имеют своих сторонников и противников.

Предлагается ряд практических шагов или приемов, помогающих самостоятельно выбрать тему:

- аналитический обзор достижений той или иной научной области под авторством компетентных специалистов;
- руководство принципом повторения: этот принцип подразумевает следование теме логике уже проведенных исследований, но с использованием усовершенствованных методов исследования, которые позволили бы уточнить и расширить имеющиеся знания об объекте и предмете, а также проверить их;
- поисковый способ: он предусматривает ознакомление исследователя с первоисточниками: специальной литературой, новейшими работами в той или иной научной отрасли, а также смежных отраслей науки, и формирование темы на основе анализа актуальных проблем этих смежных отраслей или дисциплин;
- теоретическое обобщение существующих исследований, теорий, практических результатов исследований, критико-аналитических и описательных материалов;
- для выбора и формулирования темы могут послужить ранее выдвинутые науке гипотезы, которые нуждаются в уточнении, проверке и доказательстве;
- поиск темы может вестись в естественных условиях научно-творческого общения начинающего исследователя с компетентными специалистами в избранной области изысканий.

Важно помнить, что тема не является окончательной на протяжении всего периода работы. Процесс работы над исследованием также может влиять на формулировку темы, поскольку выявляет новые аспекты изучаемого явления. Но это не значит, что тема — это эфемерная условность. Серьезная работа на этапе формулирования позволяет изначально конкретизировать направление и план исследования, минимизировать временные затраты, избежать ненужного разброса исследовательских интересов. Формулирование темы — это фундаментальный этап исследовательского процесса.

Темы исследования можно разделить на три группы:

- *фантастические* — темы о несуществующих, фантастических объектах и явлениях;
- *экспериментальные* — темы, предполагающие проведение собственных наблюдений и экспериментов;
- *теоретические* — темы по изучению и обобщению сведений, фактов, материалов, содержащихся в разных теоретических источниках.

После выбора темы начинается следующий этап работы: выбранную тему нужно проанализировать и зафиксировать в четких формулировках:

- Название исследовательской работы является точной формулировкой темы.
- Ключевые слова формулировки темы должны указывать на предметную область исследования и суть проблемы.
- Не убедительны формулировки названий, содержащих слова: «вопрос», «анализ некоторых вопросов», «к вопросу о», «к изучению».
- В названиях исследовательских работ излишними являются слова: «исследование», «изучение», «анализ» и др., поскольку все это входит в понятие исследования.
- Тема должна быть сформулирована лаконично, но не слишком коротко, используемые при ее формулировке понятия должны быть логически взаимосвязаны.
- Формулировка темы должна отражать сосуществование в науке уже известного и еще не исследованного, т.е. процесс развития научного познания.
- Не рекомендуется для наименования темы применять какие-либо поэтические строки или слова пословиц и поговорок.

Тема — ракурс, в котором рассматривается проблема. Она представляет объект изучения в определенном аспекте, характерном для данной работы. Для того, чтобы реализовать исследование, необходимо найти **проблему**, которую можно исследовать и которую хотелось бы разрешить.

Древнегреческое слово «проблема» переводится как «задача», «преграда», «трудность». Выявление проблемы — это сложный теоретический или практический вопрос, требующий изучения и разрешения. В науке это противоречивая ситуация, выступающая в виде противоположных событий в объяснении каких-либо явлений, объектов, процессов и требующая адекватной теории для ее разрешения. Проблема — крупное обобщенное множество сформулированных научных вопросов, которые охватывают область будущих исследований.

Умение увидеть проблему подчас ценится выше, чем способность ее решить. Главная задача любого исследователя — найти что-то необычное в обычном, увидеть сложности и противоречия там, где другим все кажется привычным, ясным и простым. Самый простой способ — развить у себя умение видеть проблемы: учиться смотреть на одни и те же предметы с разных точек зрения. Любое научное исследование проводится для того, чтобы преодолеть трудности

в процессе познания новых явлений, объяснить ранее неизвестные факты или выявить неполноту старых способов объяснения известных фактов.

Различают три вида проблем для проведения исследовательской деятельности:

- *исследовательская* — комплекс родственных тем исследования в границах одной научной дисциплины и в одной области применения;
- *комплексная научная* — взаимосвязь научно-исследовательских тем различных областей науки, направленных на решение важнейших задач;
- *научная* — совокупность тем, охватывающих всю научно-исследовательскую работу или ее часть; предполагает решение конкретной теоретической или опытной задачи, направленной на обеспечение дальнейшего научного или технического прогресса в данной отрасли.

Для принятия решения о том, какая из проблем станет основной, необходимо помнить о критериях, которые включают:

- значимость проблемы для сестринского дела;
- возможность изучения проблемы с точек зрения: методологической, этической и юридической;
- выполнимость исследования в конкретных условиях (временной промежуток, необходимое число объектов для исследования, опыт и подготовка исследователя, этические аспекты, законодательная база и др.);
- наличие интереса со стороны исследователя.

Формулировка проблемы исследования должна служить руководством для исследователя при разработке исследовательского вопроса. Выделяют следующие критерии для оценки сформулированной проблемы: проблема сформулирована четко (в вопросительной или декларативной форме), выражена взаимосвязь между двумя и более переменными, определена изучаемая группа, возможно эмпирическое тестирование.

Правильная постановка и ясная формулировка проблемы во многом определяют стратегию исследования и направление научного поиска. Не случайно принято считать, что сформулировать научную проблему — значит показать умение отделить главное от второстепенного, выяснить то, что уже известно и что пока неизвестно науке о предмете исследования.

Определение проблемы исследования тесно связано с выбором предмета и объекта исследования. **Предмет исследования** — это конкретная особенность, факт, явление, рассмотрение и изучение, необходимое для решения проблемы исследования. **Объект исследования** — это то, что изучается. Объектами исследования могут быть люди, группы людей, организации, физические объекты, психические феномены и т.п.

Продуманные и четко сформулированные проблема, предмет и объект исследования позволяют уже на первом этапе исследования определить объем и направленность предстоящей работы, тематику литературы, с которой необхо-

димом познакомиться, заранее позаботиться о методиках. Так же это экономит время, затрачиваемое на исследование.

Тема отражает проблему в её характерных чертах. Удачная, точная в смысловом отношении формулировка темы уточняет проблему, очерчивает рамки исследования, конкретизирует основной замысел, создавая тем самым предпосылки успеха работы в целом. Вследствие этой причины очень ответственным моментом в подготовке исследования становится обоснование актуальности темы.

Определение актуальности исследования — обязательное требование к любой научно-исследовательской работе. Актуальность заключается в необходимости получения новых данных или проверки новых методов и др. Актуальность темы всегда обосновывается с учетом практической необходимости разрешения поставленных вопросов, указывает на необходимость проведения исследования.

Описание актуальности, как и формулировка темы, не должно быть многословным. Не нужно начинать ее описание издалека. Одной страницы, чтобы показать главное, вполне достаточно. Обосновывая актуальность избранной темы, следует указать, почему именно она и именно на данный момент является актуальной. Здесь желательно кратко указать причины, по которым изучение этой темы стало необходимым и что мешало ее раскрытию раньше, в предыдущих исследованиях.

Цель исследования — это декларативная форма представления проблемы исследования в виде утвердительного предложения, начинающего с фразы «Целью настоящего исследования является...» и продолжающегося отлагательным существительным, которое будет определять дальнейшее действие исследователя (например: описание, изучение, выявление, сравнение и др.).

Выделяют следующие виды исследования: предварительное или пилотное, описательное, аналитическое. Каждый вид имеет свои цели.

Целью *предварительного исследования* является ознакомление с основными фактами, создание общей картины исследования, формулировка вопросов для исследования, генерирование новых идей, определение реальности проведения исследования и разработка методов для выполнения измерений и получения данных.

Целью *описательного исследования* является создание подробной и точной картины изучаемого явления, выявление новых данных, противоречащих данным, полученным ранее; прояснение последовательности этапов исследования и создание отчета о явлении.

Целью *аналитического исследования* является развитие объяснения причин, указанных в теории; распространение теории на новые вопросы и темы и определение того, какое из нескольких объяснений причин является наилучшим.

Задачами научных исследований являются описание, изучение, объяснение, предсказание и контроль.

Описание. Многие научные исследования, проводимые медицинскими сестрами, имеют целью описание феномена, значимого для сестринского дела. Исследователи, проводящие описательные исследования, наблюдают, описывают и в некоторых случаях, классифицируют явление или феномен, т.е. предоставляют первичную информацию о новом феномене. Предметом описательных (дескриптивных) сестринских исследований являются такие феномены, как стресс у пациентов, переживание пациентами различных состояний, боль и управление болевым синдромом, взгляды людей на здоровье, реабилитация пациентов и др.

Изучение. Некоторые исследования нацелены не просто на описание, но и на изучение различных сторон феномена, его проявлений и факторов, на него влияющих. Эти исследования предполагают получение более полной, глубинной информации, на основе которой создается детализированное представление об исследуемом феномене. Например, в дескриптивном исследовании, предметом которого является описание болевого синдрома у онкологических больных в терминальных стадиях, исследователь будет фиксировать частоту возникновения и силу болевого синдрома у этой категории пациентов. Исследование, задачей которого является изучение этого же феномена (болевого синдрома), будет пытаться выяснить, какие факторы влияют на силу и частоту появления болей, как проявляется и каковы различия болевого синдрома у разных категорий терминальных онкологических больных.

Объяснение. Еще одной задачей научных исследований может являться поиск причин возникновения и вариантов существования феномена. Исследования такого рода часто апеллируют к существующим теориям, объясняющим, каким образом различные феномены связаны и взаимодействуют между собой. То есть исследования, объясняющие феномен, дают возможность понять внутренние причины и сущность данного феномена.

Предсказание и контроль. При современном уровне развития теоретической базы научных знаний множество проблем получили полное определение и объяснение. Однако в некоторых случаях исследования позволяют предсказывать и контролировать появление и развитие некоторых феноменов, даже при отсутствии полного понимания их природы.

Утверждение о том, что научный метод является безошибочным, неверно. Существуют некоторые ограничения, о которых должен помнить любой исследователь.

Общие ограничения — это ограничения самого исследования и инструментов, используемых в ходе работы с информацией, масштабность, временной промежуток и финансирование.

Морально-этические ограничения связаны с правами человека. Исследовательские вопросы, касающиеся этических проблем, не могут быть проверены на практике. Большое количество аспектов человеческих проблем, нуждающихся в изучении, попадают в разряд этических или моральных. Например, проблема эв-

таназии. Ни одно научное исследование не в состоянии определить: эвтаназия — это правильно или неправильно.

Сложности измерения изучаемых параметров. Для того чтобы изучить феномен, необходимо этот феномен наблюдать или измерять. Существуют достаточно точные методы измерения, такие как артериальное давление, температура и др., для многих психологических феноменов пока недостаточно разработанных методов измерения.

Сложности контроля. Исследователи часто пытаются контролировать факторы, не являющиеся предметом конкретного исследования. Достичь необходимого уровня контроля иногда бывает чрезвычайно сложно. Иногда при изучении очень сложного феномена трудно определить сопутствующие причинные факторы, а не только контролировать их. Контроль воздействия сопутствующих факторов особенно сложен при изучении поведения людей в их естественном окружении.

1.2. Обзор литературы

Целью изучения литературы является выяснение того, что известно науке по исследуемой проблеме, а что изучено недостаточно или совсем не изучено. Исследователь часто сталкивается с проблемой неопределенности или противоречивости имеющихся в литературе понятий. В этом случае трудно сравнивать результаты разных исследований, если в них неоднозначно употребляются одни и те же понятия. Для нейтрализации этого факта необходимо изучить литературу по данной проблеме, чтобы быть в курсе той полемики, которая ведется относительно интересующих исследователя понятий и теорий. Если однозначность в определении понятий не удалась, приходится принять одну из возможных точек зрения и обязательно оговорить это в исследовательской работе.

Работа с литературой должна начинаться еще в процессе выбора темы. Она приобретает важнейшее значение после согласования плана работы. При работе с литературой в первую очередь изучается специальная научная литература, а затем периодические издания. При наличии нескольких изданий по определенной проблеме целесообразно избрать более позднее издание, отражающее окончательно сложившуюся точку зрения. Широта и полнота изучения источников и литературы, умение выделить необходимое, главное, а также сопоставление и анализ различных фактических и статистических данных – важнейший показатель качества исследований и навыков работы с литературой.

Охват публикаций последних пяти лет позволяет составить достаточно полное представление о проблеме. Используемая в научной работе литература делится на ряд категорий.

Научно-популярная литература. К ней относятся книги, статьи, содержащие очень доступную, но не вполне достоверную информацию. Материалы та-

кого рода помогут лучше узнать изучаемые объекты, проблему и определиться с выбором темы исследования.

Учебная литература. К ней относятся учебники, пособия, методические рекомендации. Они издаются для того, чтобы читатель мог получить целостные, системные знания по тому или иному предмету.

Справочная литература. К справочной литературе относятся определители, справочники, энциклопедии и другие издания, позволяющие быстро получить основные сведения по возникшему в ходе работы вопросу. К справочной литературе обычно обращаются для уточнения знания того или иного термина, чтобы понять, уместно ли использовать данное слово применительно к какой-то проблеме. Справочная литература содержит информацию, которая часто бывает нужна, но при этом трудно запоминаема.

Научная литература. Книги, статьи научного характера пишутся в расчёте на специалистов. Без знакомства с научной литературой по теме исследования трудно выполнить работу на достаточно серьёзном уровне.

Чтение научной литературы: книг, статей, журналов. Просматривая журналы, сборники научных трудов, книги, исследователь целенаправленно отбирает материал по теме своих научных интересов, а также в целях самообразования, расширения собственного научного кругозора.

Существует два вида работы с научными журналами, сборниками научных статей, тезисами — *беглый или тщательный просмотр*. Беглый просмотр, чтение заголовка — это быстрое определение нужного и интересующего материала. Тщательный просмотр — это получение необходимой информации.

Выходные данные литературных источников по теме исследования можно записывать и составлять из них картотеку, а затем из нее — перечень используемой литературы. Материалы, информация которых признана достоверной и относящейся к теме исследования, изучаются более подробно, с записью важных данных, замечаний и соображений, возникающих по ходу чтения.

Наиболее информативные литературные источники по теме исследования следует законспектировать, можно отметить собственные мысли и идеи, возникающие при прочтении литературы. На основании конспектов и выписок из прочитанной литературы осуществляют аналитическое описание предмета исследования. Обычно его делают в хронологической последовательности литературных источников, это фиксирует развитие представлений об изучаемой проблеме. Обзор литературы заканчивается выводами о том, что известно науке по данной теме, что является спорным, что составляет сферу научных интересов.

Обзор литературы имеет два значения: ведётся поиск информации по проблеме исследования, отчет о проведенном исследовании, в котором исследователь представляет важные и достоверные данные, относящиеся к проблеме исследования. Объем и широта обзора литературы не имеют официальных ограничений. Цели обзора литературы следующие:

- помочь в поиске и определении темы или проблемы исследования;

- сориентировать в том, что уже известно по проблеме исследования;
- выявить наличие пробелов, последовательных и непоследовательных взглядов в литературе о какой-то теме, понятии или проблеме;
- выбрать наиболее оптимальный вариант проведения исследования;
- показать взаимосвязь с другими исследованиями, перспективы использования результатов и проведения дальнейших исследований, а также общее представление о проблемной области.

После того как исследователь выявил потенциальные источники информации, необходимо определить, какие из них будут включены в обзор литературы. Для этого нужно уметь правильно читать опубликованные отчеты о проведенных исследованиях. Чтение специальной литературы должно быть селективным, эффективным, ориентированным на пациента. Отбираются исследования, описывающие наиболее эффективные методы вмешательства, улучшающие качество жизни конкретного пациента и ее продолжительность. Необходимо помнить о том, что не все печатные материалы, в которых приводятся результаты научных исследований, можно расценивать как высококачественные. Некоторые из них могут иметь грубые ошибки, которые ослабляют заявления авторов. Нередко мелкие погрешности бывают неизбежными, но они не уменьшают значимости исследования.

Изучив все отобранные источники, исследователь может приступать к организации, анализу и обобщению собранной информации. Одним из способов более четкой организации полученных информационных данных является занесение собранной информации в таблицы, в которые целесообразно включать такие параметры рассматриваемого исследования, как имя автора, цель исследования, количество единиц наблюдения, программа, методы измерения переменных, основные результаты. Подобная структурная организация позволяет исследователю быстро сориентироваться в большом объеме собранной информации. Кроме того, она облегчает анализ и обобщение полученных при изучении литературы данных.

Готовый обзор литературы не должен представлять собой ни набор цитат, ни краткое описание исследований по проблеме исследования. Задача обзора литературы — построение и обобщение информации таким образом, чтобы стали понятными состояние проблемной области, контекст, в котором будет проводиться исследование, а также научные предпосылки к проведению исследования.

Обзор литературы считается хорошо сделанным, если он:

- включает все или большую часть основных исследований, которые были проведены по интересующей теме;
- строится таким образом, чтобы была видна четкая разработка идей исследования;
- определяет области, которые нуждаются в дополнительном исследовании;

- при постановке конкретного вопроса исследования показывает, что уже известно о данной проблеме;
- констатирует, имеет ли данное исследование отношение к конкретной теории;
- включает всю относящуюся к теме литературу, как теоретическую, так и основанную на объективных данных;
- исследование основано на конкретных данных, а не на мнении лица, проводящего исследование;
- составлен в логической последовательности: от общей проблемы к конкретной.

1.3. Разработка теоретической основы исследования

Теория (греч. «θεωρία» — рассмотрение, исследование) — учение, система идей или принципов. Является совокупностью обобщенных положений, образующих науку или ее раздел. Теория выступает как форма синтетического знания, в границах которой отдельные понятия, гипотезы и законы теряют прежнюю автономность и становятся элементами целостной системы. В теории каждое умозаключение выводится из других умозаключений на основе некоторых правил логического вывода. Способность прогнозировать — следствие теоретических построений. Теории формулируются, разрабатываются и проверяются в соответствии с научным методом.

Научные теории содержат ряд положений относительно взаимосвязи понятий, на основе которых может быть проведено большое число практических наблюдений. В научных теориях используются многочисленные термины: положение, постулат, предпосылки, аксиома, закон, принцип и др. Компонентами традиционной научной теории являются:

- понятия – абстрактные характеристики изучаемого объекта;
- положения – описания взаимосвязей между понятиями;
- дедуктивные системы логической связи положений, которые позволяют построить новые утверждения на основании положений.

Концептуальную схему и теории — описательную и моделирования различают по своей сложности, что зависит от числа понятий и связей между ними.

Концептуальные схемы (структуры) отличаются от теорий тем, что в них отсутствует дедуктивная система положений, позволяющая констатировать причинно-следственные связи между понятиями. Концептуальные работы в сестринских исследованиях часто представляют различные точки зрения на сестринское дело и отношения медицинская сестра – пациент.

Описательная теория играет важную роль в качественных исследованиях, где исследователи пытаются разработать концепцию о природе изучаемого феномена, которая основывается на практических наблюдениях, сделанных исследователем.

Теория моделирования — визуально-символический метод преподнесения теории или концептуальной структуры для облегчения понимания и восприятия.

Значимость теорий и концептуальных структур заключается в следующем:

- делают научные данные более значимыми и генерализируемыми;
- позволяют построить практические наблюдения и факты в виде упорядоченной схемы;
- объединяют и обобщают данные и факты, полученные в ходе разрозненных исследований;
- могут служить основой для предположений;
- определяют направление в проведении исследований и являются его основой.

Любые теории обладают целым рядом функций. Обозначим наиболее значимые функции теории:

- теория обеспечивает использование её концептуальными структурами;
- в теории происходит разработка терминологии;
- теория позволяет понимать, объяснять или прогнозировать различные проявления объекта теории.

Проверка теории. Обычно считают, что стандартным методом проверки теорий является прямая экспериментальная проверка («эксперимент — критерий истины»). Однако часто теорию нельзя проверить прямым, либо такая проверка слишком сложна или затратна, и поэтому теории часто проверяются не прямым экспериментом, а по наличию предсказательной силы — т.е. если из неё следуют неизвестные, незамеченные ранее события, и при пристальном наблюдении эти события обнаруживаются, то предсказательная сила присутствует.

При анализе теории исследователь при помощи дедуктивных рассуждений связывает теорию и проблему исследования и разрабатывает гипотезу исследования. Гипотеза подвергается практической проверке при помощи систематического изучения исследования. Теория никогда не проверяется напрямую. Только гипотеза, разработанная на основе этой теории, может стать предметом научного исследования.

Сравнение полученных результатов исследования и предложений гипотезы и являются центральным моментом проверки теории.

С точки зрения проверки теории задачей любого исследования является:

- построение на основе теории логически адекватных предложений;
- разработка программы исследования, которая позволит снизить вероятность получения альтернативных предполагаемым объяснениям взаимосвязи переменных;
- выбор методов, которые подтвердили бы обоснованность теории в различных ситуациях, что привело бы к отклонению потенциально конкурирующих теорий.

На самом деле, взаимоотношение «теория — эксперимент» более сложное. Поскольку теория уже отражает объективные явления, ранее проверенные экспериментом, то нельзя делать подобные выводы. В то же время, поскольку тео-

рия строится на основе законов логики, то возможны заключения: о явлениях, не установленных ранними экспериментами, которые и проверяются практикой. Однако, эти выводы необходимо уже называть гипотезой, объективность которой, то есть перевод этой гипотезы в ранг теории, и доказывается экспериментом. В этом случае эксперимент не проверяет теорию, а уточняет или расширяет положения этой теории.

Обобщая вышесказанное, можно сделать вывод, что прикладная цель науки — предсказывать будущее как в наблюдательном (аналитическом) смысле — описывать ход событий, на который мы не можем повлиять, так и в синтетическом — создание посредством технологии желаемого будущего. Образно говоря, существо теории в том, чтобы связывать воедино «косвенные улики», вынести вердикт прошлым событиям и указать, что будет происходить в будущем при соблюдении определённых условий.

Теоретическая часть исследовательской работы должна содержать, по возможности, все теоретические моменты по теме исследования. В теоретической части исследовательской работы нужно выдержать баланс между объемом информации и качеством ее изложения.

Правильный подход к написанию теоретической части исследовательской работы состоит из нескольких этапов:

- поиск информации;
- конспектирование (все самое основное);
- ввод конспектов в компьютер (набор текста).

Если исследование проводится в существующем теоретическом контексте, то результаты исследования имеют большую значимость и вероятность использования. В некоторых исследованиях, основанных на уже существующих теориях, формулировка проблемы проводится в этом теоретическом контексте, т.е. формулирование проблемы, целей и задач исследования происходит одновременно с разработкой теоретической основы исследования.

Характерными особенностями исследовательской работы должны быть смысловая законченность, целостность, логичность и связность, достигаемые использованием формально-логического стиля изложения материала.

Практикой выработан ряд основных правил построения устойчивых речевых, грамматических и стилистических оборотов в работах научно-исследовательского характера, соблюдение которых позволяет обеспечить соответствующий требованиям уровень изложения материала. Важнейшими из них являются:

1. использование специальных функционально-синтаксических средств связи, указывающих на последовательность развития мысли, переход от одной мысли к другой, итог или вывод, объект или предмет;
2. использование характерных для научной речи оборотов, характеризующих свойство предметов или явлений, а также степень развития процессов. Например, не принято употреблять сравнительные прилагательные или

наречия, образованные с помощью приставки «по» (повыше, помедленнее и др.), суффиксов «-еньк-», «-айш» (маленький, огромный, высочайший). Как правило, при характеристике свойств предметов или явлений для образования превосходной степени используются слова «наиболее», «наименее», «максимально» в сочетании с прилагательными (наиболее высокий, максимально результативный), а для характеристики развития процессов – причастия, образованные от прилагательных помощью суффиксов «-ущ-», «- ющ-» (растущий, доминирующий);

3. использование указательных местоимений (этот, тот, такой) не конкретизирующих предмет, а выражающих связи между частями высказывания (например: «на основании анализа значений этих показателей можно дать оценку ...»). В то же время неопределенные местоимения (что-то, кое-что и др.) в научной речи использовать не принято;
4. использование специальных вводных слов или словосочетаний (по сообщению ..., согласно мнению по данным...), указывающих на источник данных и обеспечивающих объективность изложенного материала;
5. избегание экспрессивных языковых элементов, придающих эмоциональную окраску излагаемому материалу;
6. использование специальных терминов, позволяющих в краткой форме дать развернутые характеристики установленных фактов, понятий, явлений процессов;
7. использование местоимения «мы», формально подчеркивающего, что излагаемая точка зрения отражает мнение группы людей, принадлежащих к определенному научному течению (научной школе). В то же время в исследовательской работе практически не используется местоимение «я».

Соблюдение этих правил позволяет избежать ряда ошибок, наиболее часто совершаемых исследователем при написании исследовательской работы.

В конце теоретической части исследовательской работы делаются выводы. В выводах и предложениях кратко излагаются итоги проведенного исследования. Выводы и предложения должны вытекать из содержания работы и обобщать ее, носить конкретный и конструктивный характер, отражать теоретическое значение проведенного исследования.

1.4. Формулировка гипотезы исследования

Решение научной проблемы не начинается непосредственно с эксперимента. Этой процедуре предшествует очень важный этап, связанный с выдвижением гипотезы. Научная гипотеза — это утверждение, содержащее предположение относительно решения стоящей перед исследователем проблемы. Гипотеза — это главная идея решения, связь между настоящими и будущими знаниями.

Гипотеза (от греч. «hypothesis», «предположение») – научное допущение или предположение, истинное значение которого не определено. Основной источник гипотезы – это интуиция. Интуицией называют способность постижения истины путем прямого ее усмотрения без обоснования с помощью доказательств. Основа интуиции – подсознательные информация и прогностические способности индивидуума по выдвижению адекватных этой информации гипотез.

Гипотеза позволяет увидеть, что произойдет с объектом исследования в результате правильно организованных наблюдений за ним. Термин «гипотеза» имеет два значения:

- форма существования знания, которая характеризуется проблематичностью или недостоверностью;
- метод формирования и обоснования предложений, на основе которого устанавливаются законы, принципы, теории.

Выделяют следующие характерные черты гипотезы:

- необходимый компонент любого познавательного процесса, который является связующим звеном между ранее достигнутым знанием и новыми истинами;
- вероятное знание, которое требует проверки при помощи опровержения или подтверждения;

Гипотеза одновременно может быть научно-обоснованным предположением, совокупностью воздействий и системой мер по реализации задач исследования.

Уяснение конкретных задач осуществляется в творческом поиске частных проблем и вопросов исследования, без решения которых невозможно реализовать замысел, решить главную проблему. В этих целях изучается специальная литература, анализируются имеющиеся точки зрения позиции; выделяются те вопросы, которые можно решить с помощью уже имеющихся научных данных, и те, решения которых представляют прорыв в неизвестность, новый шаг в развитии науки и, следовательно, требуют принципиально новых подходов и знаний, предвосхищающих основные результаты исследования.

Приёмы построения гипотез различаются по форме, уровню, характеру, механизму формирования, логической структуре и функциональному назначению.

Г И П О Т Е З А	Форма	«если..., то...» «если..., то..., так как...»
	Уровень	Эмпирическое исследование Теоретическое исследование
	Характер	Модификационная Революционизирующая
	Механизм формирования	Простые: индуктивные или дедуктивные Комплексные: индуктивно-дедуктивные

Логическая структура	Линейная (первое предположение) Разветвлённая (возможные следствия)
Функциональное назначение	Объяснительная Предсказательная Смешанная

Форма гипотезы заключается в применении при формулировании и написании текста гипотезы своеобразной формулы: «если ..., то ..., так как...». При этом, выражение «так как», направленное на раскрытие сущности явления, построение причинно-следственных связей, применяется, как правило, для гипотез, соответствующих теоретическому уровню исследования.

Уровень гипотезы заключается в ее соответствии уровню проводимого исследования: эмпирического или теоретического. Поскольку эмпирическое исследование основывается на результатах опыта, то и гипотеза формулируется о предположении изменения (либо неизменения) конкретного явления или факта, т.е. эмпирическое исследование и его гипотеза выступают в функции установления новых фактов для последующего развития теории.

Для теоретического уровня исследований гипотеза формулируется с целью проверки теоретического знания, например, следствия из теории. Специфика гипотезы данного уровня заключается в том, что она является, как и теоретическое исследование, обобщающей и применимой для целой группы изучаемых объектов или явлений, направленной на раскрытие их сущности, установление причин взаимосвязей между параметрами, подлежащими экспериментальному исследованию.

По своему функциональному предназначению гипотезы могут делиться на виды:

Виды гипотезы	Функциональная нагрузка
объяснительные	для объяснения фактов или явлений
предсказательные	Для предсказания законов, закономерностей, свойств и особенностей объектов и явлений
объяснительно-предсказательные	сочетают в себе оба предназначения

По содержанию гипотезы делятся на гипотезы информационного и инструментального характера.

Гипотезы информационного характера формулируются обычно на начальном этапе исследования (либо характерны для начинающих исследователей) и несут в себе зависимость от одной переменной. Другими словами, исследователь, начинающий исследование, строит предположение о том, как и каким образом можно достичь поставленной цели исследования. (если сделать так..., то получится эффект ...).

Переходя к формулировке многофакторного содержания гипотезы, исследователь переводит ее содержание в *инструментальный характер*, который уже предполагает построение системы мер, управляющих воздействий, обеспечивающих достижение цели исследования.

По механизму формирования гипотезы подразделяются на простые (индуктивные и дедуктивные) и комплексные (индуктивно-дедуктивные).

<i>Механизм построения гипотезы</i>			
Простая гипотеза	Основа построения	Результат	Логическая цепочка
Индуктивная	Наблюдение факта или явления	Предсказание обобщения	От частного к общему
Дедуктивная	Анализ теоретического материала	Предсказание возможностей (следствий) из общей закономерности	От общего к частному

Кратко рассмотрим механизм построения индуктивной гипотезы. Она заключается в построении наблюдаемого опыта или данных факторов предсказательного обобщающего заключения, относящегося к группе явлений, подобных изучаемому. Ход мыслей исследователя — от частного к общему, включает принятые исследователем допущения, разработанные на их основе предложения, индуцированную из них гипотезу.

Дедуктивная гипотеза строится из общего теоретического положения путем разработки ряда предложений, вытекающих из него. Из выдвинутых предложений дедуцируются выводы — допущения. Ход мыслей исследователя — от абстрактного (общего) к конкретному.

Индуктивная гипотеза строится на основе наблюдаемого опыта или данных фактов предсказательного обобщающего заключения, относящегося к группе явлений, подобных изучаемой. Ход мыслей исследователя — от частного к общему, включает принятые исследователем допущения, разработанные на их основе предположения, индуцированную из них гипотезу.

Индуктивно-дедуктивная гипотеза включает в себя элементы двух предыдущих типов гипотез, содержит последовательность процедур синтеза теоретических фрагментов — допущений в новое теоретическое знание, на основе анализа которого дедуцируется предсказание неизвестных ранее сторон и свойств изучаемого объекта.

По своему характеру гипотеза может быть *революционизирующей* (выдвижение принципиально нового положения) или *модификацией известных законов*, исходя из предположения о том, что некоторые законы существуют в областях, где действие их еще не выявлено.

По логической структуре гипотезы могут носить *линейный характер*, когда выдвигается и проверяется одно предположение или *разветвленный*, когда необходима проверка нескольких предположений.

При формулировании гипотезы необходимо учитывать такую важную ее характеристику как проверка, которая предполагает наличие адекватных способов или приемов проверки данной гипотезы.

Как сформулировать гипотезу? Существует множество методов построения гипотез (по сути - поиска новых идей) таких как:

- **мозговая атака** — коллективный метод поиска новых идей и решений;
- **аналогия символическая** — аналогия, с помощью которой проблема описывается несколькими словами обобщенно.
- **метод ассоциации** основан на способности человека так, преобразовывать полученные ранее знания, чтобы их можно было использовать для новых условий.
- **метод инверсии** предусматривает рассмотрение задачи с противоположных позиций по отношению к принятым. Необходимо разобрать проблемную ситуацию более конкретно. Попытаемся подойти к осмыслению объекта или явления, вызвавшего интерес с различных сторон, на элементарном примере.

Проблемная ситуация. Сформулируем некоторые возможные гипотезы. Попытаемся выдвинуть гипотезу, для чего воспользуемся несколькими приемами формулировки (построения) гипотезы из вышеуказанных.

Способы проверки гипотезы:

- на основе логики и анализа имеющихся знаний, полученной информации,
- на основе наблюдений, опытов, экспериментов.

Следующий этап работы — наметить пути проверки своих предположений, выбрать методы исследования и разработать дизайн и план исследования.

1.5. Разработка дизайна и плана исследования

Дизайн исследования должен соответствовать объекту исследования, понятие «дизайн» не вполне эквивалентно русскоязычному «план», но раскрывает весь проект клинического исследования, детали его организации, планируемые методы статистического анализа.

Дизайн исследования – это его структура и план. Соблюдение этических принципов должно быть до начала исследования заложено в его программу, запрограммировано в конкретных элементах его структуры, отражено в протоколе.

Дизайн зависит от цели исследования. Основные виды исследований.

Рандомизированное клиническое испытание (РКИ) – исследование диагностического теста, метода профилактики или лечения, в котором участники случайно распределяются в основную и контрольную группы, после чего за ними осуществляется наблюдение.

Слепое исследование – когда пациент не знает, в какой группе он находится (например, в группе плацебо или основной). **Двойное слепое исследование** – когда ни исследователь, ни пациент не знают, к какой группе относится пациент.

Когортное исследование – проспективное исследование факторов, которые могут послужить причиной развития того или иного заболевания. В ходе когортного исследования из лиц без изучаемого клинического исхода формируются две группы, в одной из которых участники подвергаются воздействию вредного фактора, а в другой – нет. При последующем наблюдении сравнивают частоту развития клинического исхода. Используется также и в тех случаях, когда невозможно выполнить рандомизированное испытание. Например: приводит ли курение к развитию рака легких, каковы физическое развитие и успехи в учебе у детей школьного возраста, родившихся недоношенными. В проспективном когортном исследовании сначала составляется план исследования и определяется порядок сбора и обработки данных, затем составляются когорты, проводится исследование и анализируются полученные данные. В ретроспективном когортном исследовании когорту подбирают по архивным записям и прослеживают состояние здоровья пациентов с момента начала наблюдения за пациентом по настоящее время.

В исследовании **«случай-контроль»** сравнивают людей с определённым заболеванием с людьми из этой же популяции, не страдающими данным заболеванием, чтобы выявить связи между клиническим исходом и предшествующим воздействием определённых рискованных факторов.

Поперечными или одномоментными (cross-sectional) называют исследования, в которых обследование каждого пациента выполняется однократно. В результате можно описать картину болезни у одного пациента или у группы, уточнить симптоматику, связать отдельные симптомы с основным диагнозом и тяжестью болезни, т.е. решить множество важных вопросов. Эти исследования применяются очень широко. В простейшем случае — это описание заболевания, но не в его развитии, а в совокупности вариантов, тяжести течения. В более сложном случае — это исследование связи некоторых признаков с вариантом течения заболевания (аналитическое). Поперечные исследования встречаются редко.

Продольными (longitudinal, лонгитудинальными) называют исследования с выделением группы людей, за которыми в течение некоторого времени наблюдают и повторно (хотя бы один раз) оценивают их состояние. Длительность наблюдения не обязательно должна быть большой.

Если группа пациентов специально формируется и целенаправленно отслеживается, то исследование называют **проспективным** (prospective). Наиболее сложны популяционные проспективные (когортные) исследования. Для них выбирается и затем отслеживается большая выборка из популяции. В ходе наблюдения фиксируются изменения, обычно возникновение новых заболеваний, их развитие и осложнения (исследования естественного развития заболеваний). Проспективные исследования — самые продуктивные и доказательные. Они не исключают всех возможных ошибок, но ближе всего подводят к пониманию причинно-следственных отношений. Главная особенность таких работ — полная определенность наблюдаемой группы, выявляемых состояний, методов обсле-

дования и других деталей до начала исследования. Это позволяет контролировать возможные систематические ошибки (предвзятость) при анализе результатов. Принципы организации проспективных исследований детально описаны и непрерывно совершенствуются. Проспективные исследования могут сочетаться с преднамеренным вмешательством в естественный ход событий. Таковы многие испытания средств лечения и профилактики. Варианты их проведения — параллельное исследование двух групп, последовательное применение испытуемого лечения и контрольного (перекрестно или с самоконтролем), использование в качестве контроля чужой, внешней группы пациентов.

Ретроспективное (историческое) исследование (Retrospective study) — исследование, при котором изучаются исходы проведенных ранее клинических испытаний или исследований, то есть исходы уже наступили до того, как начато исследование. Исследователь просматривает медицинскую документацию и подбирает по определенным критериям пациентов с целью изучения результатов лечения.

Контролируемое исследование (Controlled study) — всякое исследование, в котором контролируются (и по возможности минимизируются или исключаются) потенциальные источники систематических ошибок.

Лонгитудинальное исследование (Longitudinal study) — продолжительное клиническое исследование, при котором ведется длительное периодическое наблюдение над одними и теми же лицами.

Международное исследование (International study) — исследование, которое проводится в нескольких странах.

Многоцентровое исследование (Multicentral study) — исследование, проводящееся в соответствии с единым протоколом в нескольких исследовательских центрах.

Обсервационное исследование (Observational study) — исследование, при котором исследователь наблюдает за каким-либо показателем или взаимосвязями нескольких показателей, не вмешиваясь в ситуацию.

Одномоментное исследование (One stage study) — вариант описательного исследования, в котором рассматривается влияние факторов риска на популяцию и/или распространенность в ней заболевания (состояния) в определенный момент времени.

Пилотное исследование предназначено для получения предварительных данных, важных для планирования дальнейших этапов исследования (определение возможности проведения исследования у большего числа испытуемых, размера выборки в будущем исследовании, необходимой мощности исследования и т. д.).

Все виды исследований располагаются в порядке убывания достоверности их результатов. Хорошо спланированное исследование (дизайн), разработка и применение методов клинического наблюдения дадут возможность сделать справедливые научно обоснованные заключения и избежать влияния ошибок.

Дизайн исследования зависит от вида выбранного исследования. В дизайне исследования определяют основные стратегии, принятые исследователем для получения точной и интерпретируемой информации.

Своеобразным переходным моментом от избрания темы и вида, до постановки цели и задачи научного исследования является составление плана исследования.

План исследования — это комплекс показателей, отражающих связь и последовательность ключевых мероприятий, ведущих к полной реализации программы и разрешению проблемы. Составляя план, медицинская сестра-исследователь конкретизирует главные вопросы темы, на которых она намеревается сконцентрировать свое внимание. Таким образом, составление плана является важным моментом научной деятельности исследователя.

Рабочий план начинается с разработки темы, т.е. идеи предполагаемого исследования. Возможно, что в основу идеи будет положена лишь гипотеза, т.е. предположение, изложенное как на основе интуиции (предчувствия), так и на предварительно разработанной версии (т.е. на сообщении чего-либо в целях предварительного объяснения). Но даже и такая постановка дела позволит систематизировать и упорядочить всю последующую работу.

Первоначально план только в основных чертах дает характеристику предмета исследования, однако в дальнейшем такой план может и должен уточняться, однако основная задача, стоящая перед исследованием в целом, должна оставаться неизменной.

Рабочий план имеет произвольную форму. Обычно это план — рубрикатор, состоящий из перечня расположенных в столбик рубрик, связанных внутренней логикой исследования данной темы. Такой план используется на начальных стадиях работы, позволяя «эскизно» представить исследуемую проблему в различных вариантах.

План-проспект. На более поздних стадиях работы составляют план-проспект, т.е. такой план, который представляет собой реферативное изложение расположенных в логическом порядке вопросов, по которым в дальнейшем будет систематизироваться весь собранный фактический материал. Желательность составления плана-проспекта определяется тем, что путем систематического включения в такой план все новых и новых данных его можно довести до окончательной структурно-фактологической схемы исследовательской работы. Таким образом, на следующем этапе планирования исследования составляется уточненный рабочий план со всеми подробностями и наибольшей конкретизацией заданий.

Исследователю необходимо уяснить очередность и логическую последовательность намеченных работ. При организационной очередности задания выполняются в зависимости от наличия возможности, и порядок исполнения их может измениться с тем условием, чтобы за определенный период работы они все были выполнены. Логическая последовательность диктует раскрытие существа задачи. Пока не изучен первый раздел, нельзя переходить ко второму. Важ-

но научиться находить в любой работе главное, решающее, на чем следует сосредоточить в данное время все внимание. Это позволит найти и оптимальные решения планируемых заданий. Такой систематизированный подход приводит к необходимости учета стратегии и тактики научного исследования. Это значит, что исследователь определяет общую генеральную цель в своей работе, формулирует центральную задачу, выявляет все доступные резервы для выполнения замысла и идеи, выбирает необходимые методы и приемы действий, находит наиболее удобное время для выполнения каждого этапа.

В творческом исследовании план всегда имеет динамический, подвижный характер и не может, не должен связывать развитие идеи и замысла исследователя при сохранении какого-то четкого и определенного научного направления в работе.

С учетом специфики творческого процесса, план исследования должен предусматривать все, что можно заранее предвидеть. Конечно, в науке возможны и случайные открытия, но нельзя строить научное исследование, ориентируясь на случайности. Прочные знания и всесторонний учет возможных обстоятельств в решении сложной научной задачи открывают дорогу научному предвидению, творческой, деловой фантазии. Научное исследование не может вестись без плана. Плановое исследование позволяет шаг за шагом глубоко познавать новые объективные закономерности во время проведения исследования.

Таблица 1 — Примерный план сестринского исследования

№ п/п	План мероприятий	Необходимые ресурсы	Срок исполнения
1	Обзор литературы (связь с другими исследованиями)		
2	Определение вопроса для исследования		
3	Определение цели сестринского исследования Значение исследования для практики		
4	Проведение встреч с администрацией и сестринским персоналом для информирования о ходе исследования внутри медицинской организации		
5	Составление графика по подготовке материалов для сбора данных для исследования и формирования пакета документов		
6	Определение методов исследования		

Окончание таблицы 1

№ п/п	План мероприятий	Необходимые ресурсы	Срок исполнения
7	Формирование исследовательской команды: Исследователь — Координатор — Специалисты по сбору данных — Специалист по вводу данных — Специалист по анализу данных (эксперт) —		
8	План со сроками обучения исследовательской команды		
9	Предоставление плана сестринского исследования и образца информированного согласия пациента на проведение исследования в этический комитет и получение разрешения.		
10	Набор и формирование исследуемой группы: Количество человек (пол, возраст) Критерии включения и исключения Условия проведения исследования (стационар, поликлиника)		
11	Определение способов измерения и сбора данных: (шкала, методика, график, рисунок и др.)		
12	Составление базы данных		
13	Составление плана анализа. Ознакомить специалиста по статистике, по полученным данным провести анализ		
14	Сделать выводы на основании полученных данных проведенного исследования		
15	Составление плана для написания статьи для информирования медицинской организации и общественности		

1.6. Определение исследуемой генеральной совокупности и формирование выборки из нее

1. Генеральная совокупность и основа выборочного наблюдения

Важнейшее место на этапе организации исследования принадлежит выбору способа проведения исследования. В зависимости от степени охвата объекта исследования принято различать сплошное и выборочное наблюдение.

Сплошным называется такое наблюдение, при котором изучаются все единицы наблюдения объекта исследования, т.е. так называемая генеральная совокупность (population). Определение генеральной совокупности направлено на выявление объектов исследования. В зависимости от задач исследования, формируются условия, на основе которых определяется генеральная совокупность. Популяция может представлять собой все население (обычно таковы популяции в эпидемиологических исследованиях причин заболеваний) или же состоять из пациентов, госпитализированных в определенную клинику, или из пациентов с определенным заболеванием (что чаще имеет место в клинических исследованиях). Таким образом, можно говорить об общей популяции или популяции пациентов с конкретным заболеванием.

Как правило, популяция, представляющая интерес для исследования, столь велика, что объять ее целиком в исследовании не представляется возможным или целесообразным, поэтому применяют выборочное наблюдение.

Выборочное наблюдение (sample observation) – один из наиболее широко применяемых видов несплошного наблюдения, при проведении которого обследуются не все единицы генеральной совокупности, а лишь некоторая, отобранная по определенным принципам, часть этих единиц. Однако наблюдение организовано таким образом, что эта часть отобранных единиц в уменьшенном масштабе представляет всю совокупность. Сформированная таким образом совокупность называется выборочной или выборкой (sample). При выборочном исследовании изучается сравнительно небольшая часть генеральной совокупности (5-10%, реже 20-25% объема ее единиц).

Выборочный метод имеет ряд преимуществ:

- Меньше стоимость. Затраты на получение данных лишь относительно небольшой части всей совокупности меньше, чем при сплошном исследовании.
- Короче сроки. По тем же причинам данные выборочного исследования можно собрать и обобщить быстрее. Это особенно важно, когда сведения нужны срочно.
- Шире область применения. При некоторых видах обследований для сбора данных необходимо привлечь высококвалифицированный персонал или воспользоваться специальным оборудованием; как правило, и то и другое ограничено. В этих случаях сплошное исследование невозможно. Выборочные ис-

следования имеют более широкую область применения и дают большую возможность получать сведения самого разнообразного характера.

- Больше достоверность. Это утверждение может показаться парадоксальным, однако... Если общий объем работы меньше, то можно привлечь более квалифицированный персонал, лучше его подготовить, более тщательно контролировать проведение исследования и обработку его результатов. Поэтому выборочное исследование может дать более достоверные сведения, чем соответствующее сплошное.

Все эти достоинства проявляются лишь при условии правильного решения проблем выборочного наблюдения. К ним относятся:

- разработка дизайна и плана исследования;
- определение основы для проведения выборки — списка единиц генеральной совокупности, сведений об их размещении и т.д.;
- установление допустимого размера погрешности и определение объема выборки;
- определение вида выборочного наблюдения;
- установление сроков проведения наблюдения;
- определение потребности в кадрах для проведения выборочного наблюдения, их подготовка;
- оценка точности и достоверности данных выборки, определение порядка их распространения на генеральную совокупность.

Отрицательные стороны выборочного метода:

- неизбежна ошибка в исследовании, связанная с тем, что не все единицы наблюдения подвергаются отбору;
- метод может быть нежелательным, если по официальным предписаниям необходимо регистрировать каждую единицу наблюдения;
- для редких событий малые выборки могут не накопить достаточного числа случаев.

Создание выборки регламентируется рядом обязательных требований, нарушение которых может привести к ошибочным выводам из результатов исследования. Во-первых, важен размер выборки, во-вторых, ее репрезентативность.

2. Основные характеристики выборки

2.1. Размер выборки

Размер выборки (sample size) – число единиц, образующих выборочную совокупность. Необходимый размер (объем) выборки определяется:

- задачами исследования;
- степенью однородности генеральной совокупности, которую данная выборка репрезентирует;
- величиной доверительной вероятности, при которой гарантируется достоверность результатов исследований;
- требуемой точностью результатов, т.е. величиной допускаемой ошибки репрезентативности.

При определении объема выборки учитывается совокупность технических приемов, применяемых для ее качественного и статистического анализа. Объем выборки определяется с помощью статистических таблиц больших чисел, по номограммам достаточно больших чисел (таблица 1), а также с помощью специальных расчетов.

Таблица 2 — Зависимость объема выборки от объема генеральной совокупности, при допустимой ошибке 5% (доверительная вероятность – 0,954)

Объем генеральной совокупности	500	1000	2000	3000	4000	5000	10000	100000	Бесконечная
Объем выборки	222	286	333	350	360	370	385	398	400

Если массив генеральной совокупности будет дробиться (например, мужчины и женщины), то объем выборки будет соответственно (пропорционально частям дробления) увеличиваться – вместо 400 будет 800.

2.2. Репрезентативность выборки

Репрезентативность (sample reliability) — представительность выборочной совокупности по отношению к генеральной совокупности. Репрезентативность определяет, насколько возможно обобщать результаты исследования с привлечением определённой выборки на всю генеральную совокупность, из которой она была собрана. При этом репрезентативность должна быть количественной и качественной.

Репрезентативность количественная — достаточная численность единиц наблюдения выборочной совокупности.

Репрезентативность качественная — соответствие (однотипность) признаков, характеризующих единицы наблюдения выборочной совокупности по отношению к генеральной. Иными словами, выборочная совокупность должна быть по качественной характеристике возможно ближе к генеральной совокупности.

Оценка репрезентативности выводится на основе анализа и расчета ошибок: процедурных (допущенных при регистрации признаков) и случайных (зависящих от степени изменчивости изучаемого признака).

3. Формирование выборки

3.1. Виды формирования выборочной совокупности

Вид формирования выборочной совокупности подразделяется на индивидуальный, групповой и комбинированный.

При индивидуальном отборе в выборочную совокупность отбираются отдельные единицы генеральной совокупности, при **групповом отборе** — качественно однородные группы (серии) единиц. **Комбинированный отбор** предполагает сочетание первого и второго видов.

3.2. Типы выборки

Выборки делятся на два типа: вероятностные и невероятностные.

Вероятностные выборки (probability sampling) — методы выборочного наблюдения, в которых предполагается, что каждый элемент генеральной совокупности известен и имеет определенную вероятность попасть в обследование.

Невероятностные выборки (non-probability sampling) — методы выборочного наблюдения, которые предусматривают отбор специфических единиц из генеральной совокупности в неслучайном порядке. При применении невероятностных методов отбора формирование выборки осуществляется без использования понятий теории вероятности, а следовательно, невозможно рассчитать вероятность включения в выборку конкретных единиц совокупности.

3.3. Способы отбора выборки

Под способом отбора понимают порядок отбора единиц из генеральной совокупности. Различают два способа отбора: повторный и бесповторный.

При повторном отборе каждая отобранная в случайном порядке единица после ее обследования возвращается в генеральную совокупность и при последующем отборе может снова попасть в выборку. Этот способ отбора построен по

схеме «возвращенного шара»: вероятность попасть в выборку для каждой единицы генеральной совокупности не меняется независимо от числа отбираемых единиц.

При бесповторном отборе каждая единица, отобранная в случайном порядке, после ее обследования, в генеральную совокупность не возвращается. Этот способ отбора построен по схеме «невозвращенного шара»: вероятность попасть в выборку для каждой единицы генеральной совокупности увеличивается по мере производства отбора.

3.4. Методы отбора выборочной совокупности

В таблице 3 приводится краткое описание наиболее часто используемых методик выборки с указанием их преимуществ и недостатков. Выбор подходящей методики требует от исследователя сбалансированного учета таких соображений, как уровень желательной достоверности, доступность полного перечня единиц, составляющих основу выборки, территориальная разбросанность единиц (в случае проведения интервью) и наличные ресурсы. В силу этой комплексности факторов исследователи часто обращаются к специалистам за консультацией на этапе разработки плана и подбора соответствующей методики.

Таблица 3 — Основные методы организации выборки

№ п/п	Вид выборки	Характеристика	Достоинства	Недостатки
1.	Простая случайная выборка	Выборка, отбор единиц которой осуществляется с помощью жребия, таблиц случайных чисел.	Объективность и точность отбора, а также необязательность детального знания изучаемой совокупности.	Необходим перечень всех элементов генеральной совокупности; такой отбор возможен только при наличии однород. объектов.
2.	Систематическая выборка	Выборка из полного списка генеральной совокупности, единицы которой отбираются по одному объекту через интервал, равный шагу отбора – отношению объема генер. совокупности к объему выборки (например, каждая пятая (20%) или каждая десятая (10%) единица наблюдения).	Позволяет при небольшом объеме охватить большие генеральные совокупности.	Подвержена смещению в случае совпадения интервала отбора с невыявленной периодичностью распределения признака в генер. совокупности.

Продолжение таблицы 3

№ п/п	Вид выборки	Характеристика	Достоинства	Недостатки
3.	Гнездовая выборка	Выборка, в которой единицы отбора представляют собой статистические группы (гнезда), которые целиком или выборочно подвергаются обследованию, а выборочные единицы отбираются с помощью одного из способов случайного отбора.	Проще определить перечень гнезд, чем единиц отбора.	Занижается дисперсия изучаемого признака в силу определенного сходства единиц в гнездах.
4.	Стратифицированная выборка	Выборка, при отборе которой исследуемая совокупность предварительно разделяется на страты (слои) в соответствии с генеральным распределением известных и значимых для исследования признаков; в дальнейшем из каждой страты извлекается районированная выборка.	Повышает адекватность выборки задачам исследования; возрастает ее точность за счет совпадения дисперсии генеральной и вторичной совокупностей.	Неудачное подразделение на страты смещает выборку.
5.	<p>Многоступенчатая выборка:</p> <p>случайная</p> <p>комбинированная</p>	<p>Выборка, процедура построения которой разбивается на ряд этапов (ступеней), на каждом из которых меняется единица отбора.</p> <p>Выборка, при которой на каждой ступени единицы отбираются одним из способов случайного отбора.</p> <p>Выборка, отбор которой на каждой из ступеней может осуществляться любым из вышеописанных способов.</p>	Возможность выборки в генеральной совокупности сложной, неоднородной структурой.	Повышается вероятность ошибок в процедурах; большой вес приобретают случайные ошибки; многообразие применяемых способов усложняет процедуру отбора.

Окончание таблицы 3

№ п/п	Вид выборки	Характеристика	Достоинства	Недостатки
6.	Квотная выборка	Выборка, при отборе которой производится разбиение генеральной совокупности на классы согласно нескольким распределениям выбранных признаков, в дальнейшем на основе знания статистического объема каждого класса и заданной доли отбора из него определяется «квота» – объем выборки.	Уменьшаются затраты; доступна и удобна в построении.	Невозможно точно измерить смещения ввиду неслучайного характера отбора.

3.5. Критерии отбора

Существуют и определенные требования (критерии) к формированию выборки.

Критерии включения — критерии, в соответствии с которыми осуществляется отбор участников в исследование из популяции.

Критерии исключения — критерии, в соответствии с которыми объекты не включаются в выборку исследования.

Критерии включения и исключения из исследования необходимо четко формулировать. Они должны иметь однозначное толкование.

3.6. Стратегии построения групп

В ходе формирования выборки используются разные стратегии.

Рандомизация – распределение испытуемых по группам случайным образом. Впервые предложил Р. Фишер. Рандомизация считается плохо организованной при разделении пациентов на группы по номеру истории болезни, страхового полиса или дате рождения. Лучше всего пользоваться таблицей случайных чисел, методом конвертов или путем централизованного компьютерного распределения.

Попарный отбор – составление эквивалентных пар и распределение их по разным группам исследователем.

Попарный отбор с последующей рандомизацией – составление эквивалентных пар и распределение их случайным образом по группам и режимам эксперимента (по Кэмпбеллу это наиболее предпочтительный способ).

Стратометрический отбор – при помощи рандомизации из различных социальных страт формируются группы.

Приближенное моделирование – приблизительная представленность в выборке характеристик популяции.

Репрезентативное моделирование – структура выборки соответствует структуре популяции.

Привлечение реальных групп – использование в качестве экспериментальной и контрольной реальных групп.

Привлечение добровольцев и принудительное участие – имеет место смещение выборки. Различают два основных типа привлечения испытуемых в группу: отбор и распределение. Отбор проводят при рандомизации, репрезентативном и приближенном моделировании. Распределение осуществляется при способе составления групп из эквивалентных пар и исследованиях с участием реальных групп.

4. Требования к построению основы выборки

Именно на выборке производятся все процедуры и расчеты, на основе которых с некоторой вероятностью делаются заключения относительно всей генеральной совокупности.

Чтобы создать надежную выборку, необходимо правильно построить ее основу. Для этого надо соблюдать следующие требования: полнота выборки, отсутствие дублирования, точность, адекватность и удобство работы.

Полнота выборки — это наличие всех элементов генеральной совокупности в основе выборки. Если в выборку не будут включены многие единицы наблюдения, тем более несущие в себе существенные особенности и характеристики объекта, то результаты исследования будут неполными и однобокими.

Отсутствие дублирования подразумевает недопустимость повторного включения в выборку одной и той же единицы отбора (например, пациента перевели в другое отделение, его включили в новый список, не вычеркнув при этом из старого, таким образом, он дважды попал в выборку).

Под точностью информации выборки понимается исключение несуществующих единиц наблюдения из основы выборки.

Основа составленной выборки должна быть адекватна решению поставленных в исследовании задач.

Для удобства работы с основой выборки необходимо четко пронумеровать все элементы, которые входят в основу выборки, а составленные списки централизованно хранить.

Помните:

- выборка должна быть репрезентативна по отношению к популяции лиц с изучаемой патологией;

- критерии отбора будут определять возможную широту внедрения результатов вашей работы в практическую деятельность сестринского персонала.

5. Ошибки выборки

Разность между показателями выборочной и генеральной совокупности называется ошибкой выборки (sampling error). Все ошибки подразделяются на случайные и систематические.

Таблица 4 — Стандартные ошибки выборки

Ошибки	Причины	Способы выявления и устранения
Случайные ошибки		
Статистические ошибки	Различие совокупностей в условиях неоднородности элементов приводит к расхождению распределений.	Измерение статистической ошибки; учет ее значений в оценке репрезентативности.
Неконтролируемые отклонения от планируемых процедур	Замена неполноценными единицами анализа из-за недостаточной квалификации исполнителей; неполный охват информации в единицах анализа.	Систематический контроль хода исследования; сравнение реальной выборки с разработанным планом; ее «ремонт» дополнительным сбором информации или уменьшением модели.
Систематические ошибки		
Ошибки случайного характера из-за неадекватного воспроизведения генерального распределения	Завышение или занижение характеристик генеральной совокупности; неадекватность выборки задачам исследования; незнание распределений в генеральной совокупности, процедуры отбора искажают их; отбор более удобных, «выигрышных» элементов генеральной совокупности.	Повышение качества работ подготовительного этапа; экспертиза, пилотаж методики, инструментария; включение элементов случайного отбора.

1.7. Определение методов сбора данных

Существуют различные методы сбора данных для научных исследований. Все методы должны обладать определенной объективностью, т.е. не зависеть от лица, ведущего сбор информации, а также иметь систематический характер, определяющий порядок сбора необходимой информации. Методы используемые медицинскими сестрами при проведении научных исследований, могут быть сгруппированы по следующим позициям (Е. Babbie,1998): физиологические измерения, наблюдение, интервьюирование и анкетирование, изучение документальных источников.

Данные методы обладают объективностью, точностью и высокой чувствительностью. Однако такие измерения могут требовать использования специального дорогостоящего оборудования либо специальной подготовки исследователя.

К **физиологическим измерениям** относятся методы с использованием различных медицинских инструментов для сбора данных о физическом, химическом, микробиологическом или анатомическом статусе пациента. Такие методы чрезвычайно важны при изучении эффективности предоставляемой сестринской помощи и для ее развития в целом.

Методы наблюдения используются в сестринских исследованиях при описании каких-либо событий (случаев) или поведения людей. Под наблюдением подразумевается прямая регистрация событий очевидцем (А. Решетников, 2003). Научное наблюдение в отличие от обычного, планируется заранее, систематически записывается (протоколируется), имеет связь с научной теорией. Информация, полученная в результате наблюдения, должна поддаваться контролю. Наиболее часто в исследованиях применяются следующие виды наблюдения: активное или пассивное, скрытое или явное.

Наблюдение может применяться при изучении техники выполнения сестринских манипуляций. Наблюдение очень часто применяется в сестринских исследованиях, так как не всегда можно получить необходимую информацию напрямую от пациентов (в анкетах они могут указывать данные, не соответствующие реальным событиям). Главным преимуществом непосредственного наблюдения является то, что оно позволяет фиксировать события и элементы человеческого поведения в момент их совершения, в то время как другие методы сбора первичных данных основываются на предварительных или ретроспективных суждениях отдельных индивидов.

При проведении наблюдения могут возникать различные этические проблемы, связанные с наблюдением за поведением пациентов, возможна отрицательная реакция на наблюдение со стороны пациента. Еще одной важной особенностью метода наблюдения, ограничивающего его применение, является сложность, а порой и невозможность проведения повторного наблюдения.

Интервьюирование и анкетирование наиболее часто используются в научных исследованиях. В основе этих методов лежит опрос — это метод сбора первичной информации, основанный на непосредственном (интервью) или опосредованном (анкета) взаимодействии исследователя и респондента (А. Решетников, 2003). Как правило, для каждого конкретного исследования разрабатываются свои опросники, соответствующие целям и задачам данного исследования. Очень важно, чтобы форма вопроса была понятна респонденту, не содержала двусмысленности и была корректно написана с позиций грамматики. Чтобы это проверить, можно опробовать разработанную методику на небольшом числе респондентов перед проведением исследования (пилотное исследование). При составлении опросных листов используются вопросы открытого или закрытого типов.

Вопросы открытого типа обычно применяются в случаях, когда исследователь желает, чтобы респондент выразил свое мнение по данному вопросу или когда исследователь не знает всех возможных альтернативных ответов. Примером открытого вопроса может служить вопрос о профессии или занимаемой должности: «Ваша должность в медицинской организации». Другим наиболее распространенным примером открытого вопроса является вопрос о дополнительных пожеланиях и предложениях: «Что, по Вашему мнению, необходимо сделать для улучшения сестринской деятельности и повышения качества сестринской помощи?». Использование открытых вопросов при проведении интервью позволяет наиболее полно выявить мнение респондента относительно проблемы исследования. Как правило, это делается путем постановки дополнительных вопросов открытого типа в зависимости от складывающейся ситуации.

Закрытые вопросы содержат уже готовые варианты ответов на предложенный вопрос. Они позволяют более строго интерпретировать полученные ответы. Во многих опросниках используется фиксированный формат ответов, названный шкалой Лайкерта. Эта шкала представляет собой перечень утверждений, одно из которых должен выбрать респондент как наиболее соответствующее его мнению по данному вопросу. Фиксированные утверждения позволяют упростить процедуру ответов и облегчить обработку полученных результатов, но вместе с тем может быть потеряна очень важная информация об изучаемом объекте. Поэтому для повышения обоснованности и полноты информации при составлении анкетных опросников или проведении интервьюирования респондентов предусматривается использование всех типов вопросов даются следующие рекомендации для проведения опросов (E. Babbie, 1998):

- Добивайтесь ясности. Пункты анкеты должны допускать только одно толкование.
- Избегайте двусмысленных вопросов (исследователь может попросить респондентов согласиться или не согласиться с его утверждением).
- Респонденты должны быть хорошо осведомлены, чтобы ответить на вопросы.
- Респонденты должны быть согласны отвечать на вопросы.

- Вопросы в анкете должны быть актуальными для респондентов. Если требуется выяснить отношение к теме, о которой мало кто из респондентов задумывался или которая мало кого по-настоящему волнует, полученные ответы, вряд ли окажутся очень полезными.
- Лучше всего задавать короткие вопросы. Респонденты чаще всего не склонны долго вчитываться в вопрос, чтобы уловить его смысл. Респондент должен иметь возможность быстро прочитать вопрос, понять его и без труда выбрать или найти ответ.
- Избегайте пристрастно заданных вопросов и терминов. Смысл ответа на вопрос в значительной мере зависит от того, как он сформулирован. Некоторые вопросы как будто специально толкают к вполне определенному ответу. Вопросы, которые склоняют респондентов отвечать определенным образом, являются смещенными (необъективными).

Хорошо сформулированные вопросы ложатся в основу разрабатываемой анкеты или схемы проведения интервью. Особенностью анкетирования (в отличие от интервьюирования) является то, что оно одновременно может охватывать группу людей, от которых запланировано получение информации. Анкетирование может быть не только индивидуальным, но и групповым. В этом случае исследователь (или другое лицо, которому поручено проводить анкетирование) должен придерживаться следующих правил проведения группового анкетирования, чтобы не допустить появления ошибок при заполнении анкет:

- В начале анкетирования необходимо представиться.
- Дать общие пояснения по цели анкетирования и работе с анкетой.
- Получить согласие и пояснить гарантии анонимности.
- Ответить на возникшие вопросы.
- Ненавязчиво контролировать поведение респондентов (могут быть обсуждения, подсказки друг другу).
- Пресекать демонстративность в поведении отдельных людей.
- Оказывать помощь в заполнении анкеты (но не в ответах на поставленные вопросы).
- Организовать сбор и косвенный контроль качества заполнения анкет.

При **интервьюировании** исследователь (интервьюер) задает вопросы, предусмотренные исследованием, организует и направляет беседу с каждым отдельным человеком, фиксирует полученные ответы согласно разработанной инструкции. Этот метод опроса требует больших затрат времени и сил, чем анкетирование, но вместе с тем повышается надежность собираемых данных за счет уменьшения числа не ответивших и ошибок при заполнении опросников. Возможны три варианта проведения интервью: формализованный, фокусированный и в свободной форме.

Формализованное интервью — самая распространенная разновидность интервьюирования. В этом случае общение интервьюера и респондента строго регламентировано специально разработанным опросником и инструкцией, пред-

назначенной для интервьюера. При использовании этого вида опроса интервьюер обязан точно придерживаться формулировок вопросов и их последовательности.

Фокусированное интервью имеет своей целью сбор мнений, оценок по поводу конкретной ситуации, явления, его последствий или причин возникновения. Респондентов в этом интервью заранее знакомят с предметом беседы. Предварительно готовят и вопросы для такого интервью, причем их перечень для интервьюера обязателен. Он может менять их последовательность и формулировки, но по каждому вопросу должен получить необходимую информацию.

Свободное интервью отличается минимальной стандартизацией поведения интервьюера. Этот вид опроса применяется в тех случаях, когда исследователь приступает к определению проблемы исследования. Свободное интервью проводится без заранее подготовленного опросника или разработанного плана беседы, определяется только тема интервью.

Изучение документальных источников предполагает изучение информации, зафиксированной на каком-либо носителе: бумаге, видеопленке, в электронном виде и др. Существуют различные классификации документов, подлежащих изучению в процессе исследования. По статусу документы делятся на официальные и неофициальные; по форме изложения — письменные, статистические и т.д.

Принципиальное значение для исследователя имеют официальные документы, которые составляются и утверждаются государственными или иными органами, учреждениями и могут выступать в качестве юридического доказательства.

Достаточно часто при проведении социологических исследований (в части изучения документации) пользуются **методом контент-анализа**, в ходе которого исследователь вначале определяет корпус материала, предназначенного для анализа, а затем выстраивает систему для отображения особых аспектов изучаемого материала. Исследователь измеряет информацию материала цифрами и представляет ее в виде графиков и таблиц. Данный метод позволяет исследователю обнаружить свойства, содержащиеся в больших объемах материала, которые в противном случае могли бы остаться незамеченными. Контент-анализ используется при пилотных исследованиях, но чаще всего — при проведении описательных исследований.

Следует выделить еще одно основание для типологии документов — их целевое назначение. **Целевые документы** — это документы, подготовленные точно в соответствии с программой, задачами конкретного исследования. Это записи наблюдений, ответы на вопросы анкеты и тексты интервью, статистическая информация, полученная в процессе исследования.

При выборе методов сбора данных исследователь не должен забывать о следующих моментах:

- оперативность и экономичность исследования не должны обеспечиваться за счет снижения качества получаемых данных;
- ни один метод не является универсальным, но имеет свои четко определенные познавательные возможности. Поэтому метод не может быть «плохим» или «хорошим», есть методы, отвечающие или не отвечающие требованиям поставленной в исследовании задаче;
- надежность метода обеспечивается не только его обоснованностью, но и соблюдением правил его применения.

Авторы и качественных, и количественных исследований используют точные систематические методы для сбора данных. Имеющиеся различия в моделях исследований и типах данных говорят о том, что они по-разному подходят к процессу измерений. При количественных исследованиях применяются точные способы измерения переменных. В качественных исследованиях используется более широкий диапазон методов измерения, и создаются новые критерии в процессе сбора данных.

Успех проведения любых исследований зависит от наличия подходящего инструмента сбора данных. Выбор такого инструмента представляет трудную задачу для исследователя. В его распоряжении имеется множество инструментов. Например, в дополнение к инструментам, разработанным для проведения сестринских исследований, можно найти подходящие инструменты, используемые в таких областях, как психология, социология, физиология или антропология. Тем не менее, ощущается недостаток инструментов для измерения большинства феноменов, связанных с сестринским делом. Исследователь должен тщательно изучить имеющиеся инструменты.

Даже при обнаружении подходящего инструмента, возможно, придется проверить его эффективность в процессе пилотного исследования, чтобы подтвердить его достоверность и надежность для предстоящего изучения выборки. Оценка инструмента исследования требует специальных знаний, но еще больших и самых современных знаний требует разработка нового инструмента.

Независимо от выбранного метода измерения, должны присутствовать доказательства объективности. Это означает, что система измерений должна быть настолько прозрачной, чтобы любой человек, следуя предписанным правилам, мог дать ту же оценку наблюдаемому явлению. Одно из главных достоинств измерения заключается в том, что оно устраняет значительную часть ни на чем не основанных предположений. Поскольку измерение основано на определенных правилах, информация оказывается объективной: два человека, измеряющие чей-либо вес и использующие одни и те же весы, скорее всего, получат одинаковые результаты. Качество собранных данных обусловлено инструментом, использованным для их сбора. Поэтому очень важно, чтобы инструменты соответство-

вали требованиям достоверности и надежности. Хорошему инструменту измерения присущи следующие особенности:

- инструмент должен иметь единообразную совокупность позиций и возможностей ответа;
- выборка должна быть репрезентативной и тщательно отобранной;
- опросный лист должен содержать объективный, стандартный критерий выборочных совокупностей или поведения, который был бы четко определен;
- формулировки должны быть ясными, точными и краткими;
- в одном утверждении должна быть только одна идея;
- следует избегать негативных позиций и двойных отрицаний;
- типы используемых позиций следует ограничить несколькими вариантами;
- позиции не должны служить ключом к другим позициям;
- инструмент должен охватывать широкую область стандартного поведения;
- инструмент должен измерять то, для измерения чего он предназначен.

Данные, полученные с помощью отобранных методов измерения, часто имеют определенный предел погрешности. Выделяют следующие наиболее распространенные факторы, которые способствуют появлению ошибок измерения:

- ситуационные помехи: осведомленность людей о присутствии наблюдателя может повлиять на их поведение;
- временные индивидуальные факторы: усталость, голод, тревога и настроение могут повлиять на мотивацию респондентов к сотрудничеству;
- изменения в выборе методов: использование разных методов сбора данных по отношению к разным лицам может повлиять на полученные результаты.

Знание причин появления ошибок измерения может помочь исследователю добиться определенной надежности в процессе сбора данных.

Надежность подразумевает точность и постоянство показателей инструмента измерения. Надежность предполагает, что одно и то же явление повторяется или происходит вновь при идентичных или очень сходных обстоятельствах. Исследователь заинтересован в следующих трех аспектах надежности: стабильности, внутренней согласованности (данных) и эквивалентности.

Стабильность (устойчивость во времени). Чтобы обеспечить стабильность показателей инструмента измерения производится контрольный замер. При этом исследователь снимает один и тот же показатель с выборки два раза и сравнивает полученные данные. Чтобы измерить степень стабильности инструмента, исследователь рассчитывает коэффициент надежности. Однако этот тест может иметь следующие ограничения:

- испытуемые иногда помнят позиции теста, который им предлагали в первый раз;
- многие свойства, представляющие интерес (например, отношения, настроение, знания), со временем действительно меняются, независимо от стабильности инструмента, вследствие чего получаются разные результаты;

- повторение вопроса может изменить полученный ранее ответ (эффект практики);
- повторение может наскучить испытуемым, и они станут отвечать наугад.

Внутренняя согласованность подразумевает степень, в которой все позиции инструмента измеряют один и тот же важнейший атрибут или переменную. Например, если инструмент был предназначен для измерения депрессии, все его позиции должны последовательно измерять депрессию. Для оценки внутренней согласованности служат такие методы, как метод анализа половины выборки и др.

Эквивалентность подразумевает степень, в которой два или более наблюдателей, использующих один инструмент, получают одни и те же результаты. О взаимной надежности данных наблюдателей можно говорить тогда, когда два или более наблюдателей достигают согласия относительно полученных результатов.

1.8. Анализ полученных результатов

После сбора данных проводится их обработка, выявляются ошибки заполнения анкет и опросников, осуществляется кодирование данных, т.е. перевод словесной информации в категориальную или цифровую. На этом же этапе проводится оцифровка задокументированных данных для того, чтобы можно было провести компьютерный анализ собранной информации.

Анализ количественных данных. Анализ полученных в количественных исследованиях данных обычно проводится с использованием определенных статистических процедур, которые позволяют исследователю сокращать, суммировать, систематизировать и передавать цифровые данные, полученные при исследовании совокупностей и выборок.

Суть измерений состоит в распределении данных по отдельным категориям. Существует четыре уровня измерений, применимых к данным, а именно: номинальный, порядковый, интервальный и пропорциональный.

В измерении номинального уровня данные можно отнести к определенной категории только по их названию. При реализации номинального уровня измерения ни одна из категорий не котируется выше или ниже другой, несмотря на то, что каждая из них имеет свой цифровой код или величину. Например: пол (мужской, женский), группа крови (0(1)) резус-положительный, 0(1) резус-отрицательный, А (II) резус-положительный и т.д.).

В измерении порядкового уровня распределение данных по категориям находится в зависимости от их ранжирования, а также названия. Вместе с тем, разница в ранжировании не поддается точному количественному выражению. В данном случае можно использовать для примера классификацию боли как: сла-

бую = 1, умеренную = 2 и сильную = 3. Несмотря на то, что сильная боль превышает умеренную боль, нельзя сказать с точностью, насколько она больше.

Измерение интервального уровня. Согласно такому подходу существует фиксированный цифровой интервал между всеми точками на измерительной шкале при отсутствии значимой нулевой точки. Коэффициент умственного развития (как и многие варианты образовательных и психологических тестов) определяется по интервальной шкале. Лицо с оценкой в 120 баллов имеет более высокую оценку, чем лицо с оценкой в 110 баллов, которое, в свою очередь, имеет более высокую оценку, чем лицо с оценкой в 100 баллов. Оценка в 110 баллов является равноудаленной от более высокой и более низкой оценки, однако при этом на шкале измерения отсутствует значимый ноль (средний уровень интеллектуального развития соответствует 100 баллам).

Измерение пропорционального уровня относится к наивысшему уровню проведения измерений. Этот уровень измерения аналогичен интервальному, за исключением того, что на шкале измерения имеется значимый ноль. Возраст можно представить как отдельную категорию с помощью измерения пропорционального уровня, то есть лицо в возрасте 35 лет в два раза моложе 70-летнего человека. Пропорциональные сопоставления такого рода невозможны в отношении интервальных данных.

Отличительные особенности разных уровней измерения имеют большое значение в виду того, что они предопределяют возможный характер статистических испытаний с использованием конкретных данных.

Плотность распределения играет важную роль, поскольку с ее помощью можно определить целесообразность использования методов параметрической или непараметрической статистики в отношении полученных данных. Плотность распределения — это систематический разброс всех значений переменной от самого низкого до самого высокого с указанием того, сколько раз (частота) наблюдалось каждое значение. Плотность распределения может быть представлена в форме таблицы или графика. Вместе с тем, данные плотности распределения можно представить в соответствии с рядом других форматов, важнейшим из которых является кривая плотности распределения. Многие физические параметры организма человека, как, например, рост, вес, окружность головы и сила сжатия кисти, соответствуют данной характеристике.

Статистика бывает двух основных типов: описательная статистика и статистика, лежащая в основе получения выводов.

Описательная статистика используется для характеристики и обобщения собранных данных. Эта задача главным образом выполняется путем:

- определения процентного соотношения;
- измерения среднего значения распределения (средней величины, медианы и моды распределения);
- измерения дисперсии (широты распределения, интерквартильной широты и среднего квадратичного отклонения (SD)).

Например, возрастно-половую структуру респондентов, участвующих в исследовании, можно охарактеризовать следующим образом: 114 (29%) респондентов были мужчины и 276 (71%) — женщины. Средний возраст респондентов соответствовал 58 годам ($SD = 17,2$, размах варьирования 21-92 года).

Среднее значение распределения складывается из средних величин разного типа.

Средняя величина или среднее арифметическое определяется путем суммирования всех величин и их последующего деления на количество слагаемых, например: $2 + 4 + 3 + 4 + \dots + 7 + 4 = 24/6 = 4$.

Медиана — это показатель или точка в распределении, выше которой находится половина показателей. Например: в простой совокупности показателей 1, 3 и 5 медиана равна 3. Если добавить еще один показатель, например 7, медиана будет равна значению, лежащему между 3 и 5, т.е. 4. В этом примере 50% показателей находится выше значения 4, и 50% — ниже этого значения.

Модой является величина, которая наиболее часто встречается в распределении значений, например: для 8, 12, 13, 13, 13, 17, 19, 19, 20, 21 модой является 13. Решения относительно использования средней величины, медианы или моды находятся в прямой зависимости от принципов, касающихся уровней измерения и плотности распределения.

Исследователям необходимо придерживаться следующих правил:

- для измерения номинального уровня используется мода;
- для измерения порядкового уровня используется мода или медиана;
- в измерениях интервального или пропорционального уровней используется мода, медиана или средняя величина;
- в случае данных, не соответствующих кривой нормального распределения, скорее всего, используется медиана, а не средняя величина.

Характеристики среднего значения распределения, как и все статистические параметры, основаны на математических расчетах, которые выполняются вручную или (что наиболее распространено в наше время) — с использованием такого пакета прикладных программ, как SPSS (Statistical Package for the Social Sciences — Пакет прикладных программ для обработки статистических данных в области общественных наук).

Описательная статистика может также использоваться для демонстрации соотношения двух наборов данных, например, возраста ребенка и окружности его головы. Это можно сделать посредством нанесения двух наборов данных вдоль осей корреляционной диаграммы и выявления последующей положительной или отрицательной корреляции между ними.

Корреляция показывает степень связи между переменными. Например: существует ли связь между курением и жизненной емкостью легких? Ответ на этот вопрос можно получить с помощью коррелятивных способов, таких, как коэффициент корреляции. Коэффициент корреляции (r) — это показатель, описывающий связь между двумя переменными. Возможные значения коэффициента корреля-

ции колеблются в пределах от $-1,00$ через $0,00$ до $+1,00$. Знак («+» или «-») перед коэффициентом указывает на позитивную или негативную корреляцию. При позитивной корреляции существуют высокие показатели для обеих переменных.

В противном случае показатель для одной переменной выше показателя другой переменной. Если две переменные абсолютно не связаны между собой, коэффициент корреляции равен нулю.

Статистика, лежащая в основе получения выводов, позволяет делать заключения относительно характеристики популяции на основании данных, полученных в результате анализа выборки по данной популяции. Например, если исследователи убеждаются в том, что заживление ран происходит в более сжатые сроки в группе пациентов, пролечиваемых лекарством А, чем в группе пациентов, пролечиваемых лекарством Б, то первые могут прибегнуть к статистике, лежащей в основе получения выводов, чтобы проверить, наблюдается ли такая тенденция применительно ко всем ранам.

Ученые решают эту задачу путем проверки вероятности того, что затягивание ран в более сжатые сроки, скорее всего, произошло случайно, а не за счет действия лекарства А. В связи со статистикой, лежащей в основе получения выводов, вероятность является ключевой концепцией, которая более детально рассматривается ниже.

Статистика, лежащая в основе получения выводов, часто находит свое применение при проверке гипотез. Когда необходимо проверить какую-либо гипотезу, нередко требуется сформулировать отрицательное утверждение, известное под названием **нулевой гипотезы**.

Из нулевой гипотезы следует, что между переменными не существует реальной взаимосвязи, а любое очевидное соотношение — явление чисто случайное. Следовательно, исходя из нулевой гипотезы можно, к примеру, утверждать, что «Раны у пациентов, пролеченных лекарством А, не станут заживать в более сжатые сроки по сравнению с ранами у пациентов, пролеченных лекарством Б». Авторы исследования полагают, что на основании результатов статистических испытаний они смогут исключить нулевую гипотезу (или принять научную).

Статистическая значимость обычно констатируется с позиции вероятности или Р-значений. Чтобы исследователи могли исключить нулевую гипотезу, должна быть налицо низкая вероятность (например, 1 на 100) того, что те или иные различия между группами проявились случайно.

Исследователи, как правило, задают определенный уровень вероятности, при котором результаты испытаний становятся статистически значимыми (достигают уровня значимости) — и при котором нулевую гипотезу можно исключить — либо при 1 на 100 (обычно записывается как 0,01), либо при 5 на 100 (0,05).

Иными словами, нулевая гипотеза может быть исключена тогда, когда вероятность случайного проявления различий не превышает 1% или 5%. Если же вероятность выше 5%, то нулевая гипотеза должна быть принята.

P-значения результатов испытаний могут быть выражены разными путями. Фактическое значение может быть выражено как $P = 0,03$, или же такая величина может быть относительной по отношению к уровню значимости, например: $P > 0,01$ или $P < 0,05$ (символ «>» означает больше чем, а символ «<» означает меньше чем).

Следует помнить о том, что чем ниже P-значение, тем значимость больше: $P = 0,003$ является высоко значимым, $P = 0,03$ является значимым, если установленный уровень значимости соответствует $0,05$, и $P = 0,09$ не является значимым.

При рецензировании научной документации так же следует обращать особое внимание на заявление о том, что статистические результаты являются значимыми, тогда как на самом деле это не соответствует действительности.

Статистические критерии, лежащие в основе получения выводов, подразделяются на параметрические и непараметрические.

Параметрическими называют количественные методы статистической обработки данных, применение которых требует обязательного знания закона распределения изучаемых признаков в совокупности и вычисления их основных параметров.

В тех случаях, когда имеется малое количество наблюдений и характер распределения неизвестен, когда кроме количественных характеристик, результаты выражаются полуколичественными, а иногда описательными характеристиками (интенсивность реакции, результаты лечения), параметрические методы становятся непригодными. В этих ситуациях следует использовать непараметрические методы оценки достоверности.

Непараметрическими являются количественные методы статистической обработки данных, применение которых не требует знания закона распределения изучаемых признаков в совокупности и вычисления их основных параметров.

В основе расчета непараметрических критериев лежит упорядочивание (ранжирование) имеющихся значений по отношению друг к другу, типа «больше — меньше» или «лучше — хуже». Это разграничение значений не предполагает точных количественных соотношений, а, следовательно, и ограничений на параметры и вид распределения. Поэтому для использования непараметрических критериев нужно меньше информации, нежели для критериев параметрических.

В качестве оценок при непараметрических методах используются относительные характеристики — ранги, серии, знаки и др. Если в ситуации возможно применение параметрических критериев (нормальное распределение признака и незначительно различающееся разнообразие признака в совокупности), то им, как учитывающим большее количество информации, следует отдать предпочтение, так как они оказываются более мощными, чем непараметрические критерии, хотя и более трудоемкими.

Как параметрические, так и непараметрические методы, используемые для сравнения результатов исследований, т.е. для сравнения выборочных совокупностей, заключаются в применении определенных формул и расчете определенных

показателей в соответствии с предписанными для того или иного метода алгоритмами. В конечном результате высчитывается определенная числовая величина, которую сравнивают с табличными пороговыми значениями.

Критерием достоверности будет результат сравнения полученной величины и табличного значения при данном числе наблюдений (или степеней свободы) и при заданном уровне безошибочного прогноза.

Таким образом, в статистической процедуре оценки основное значение имеет полученный критерий достоверности, поэтому сам способ оценки достоверности в целом иногда называют тем или иным критерием по фамилии автора, предложившего его в качестве основы метода. К некоторым наиболее распространенным критериям можно отнести критерий хи-квадрат (χ^2), t-критерий (Стьюдента), дисперсионный анализ, U-тест Манна-Уитни, тест Крускала-Валлиса. Решения относительно использования конкретных критериев зависят от таких факторов, как плотность распределения, уровень измерения, количество групп в составе выборки, а также от того, входят ли в этот состав одни и те же лица (например, в случае перекрещивающегося исследования), сопоставимые или разные индивидуумы.

Критерий знаков при оценке парных наблюдений (например, до и после лечения) учитывает не величину происшедших изменений, а только их направленность. Поэтому характер этих изменений учитывается в альтернативной форме (увеличение-уменьшение, ухудшение-улучшение и т.д., что для краткости обычно обозначается знаками «+» и «-»).

Случаи, когда парные наблюдения не имеют разницы (что можно обозначить знаком «=» или «0») , из дальнейшего сравнения исключаются. В связи с этим следует стремиться, чтобы количество таких нулевых разностей было минимальным (обеспечение непрерывности выборочных данных путем повышения точности измерения количественных и полуколичественных наблюдений).

Если число положительных изменений близко к числу отрицательных изменений, то очевидно, что различия между сравниваемыми выборочными совокупностями не могут быть признаны статистически значимыми. Наоборот, вероятность значимого различия возрастает в случаях заметной направленности изменений в одну из сторон, т.е. в случаях преобладания одного из знаков. Практическое применение критерия знаков заключается в следующем:

- определяется направленность изменений в сравниваемых парных наблюдениях и для каждой пары наблюдений обозначается знаками «+» или «-», а в случаях отсутствия изменений — 0;
- подсчитывается общее число (n) парных наблюдений, имеющих различия (т.е. отмеченных знаками «+» и «-»);
- подсчитывается меньшее число однозначных результатов сравнения (т.е. число знаков «+» или «-»), обозначаемое буквой Z ;
- полученное число Z сравнивается с критическими значениями Z (Z_{05}, Z_{01});

- если Z равно или больше критического табличного значения соответствующего Z_{05} (соответствующего уровню значимости 5%), то происшедшие изменения признаются случайными, статистически незначимыми (справедлива нулевая гипотеза);
- если Z меньше Z_{05} (или Z_{01}), то различия признаются значимыми с вероятностью ошибки менее 5% (менее 1%).

Максимум-критерий — это более мощный критерий, основанный уже на величине происшедших изменений. Для этого:

- определяют разности в парах наблюдений с учетом знаков;
- располагают разности по их абсолютным величинам;
- определяют число первых наибольших разностей с одинаковым знаком, т.е. до величины с противоположным направлением изменения.

Оценка ведется по стандартным значениям: 6 пар наблюдений с одним знаком — 5% риска ошибки, 8 пар наблюдений — 1% риска ошибиться в достоверности различий и 11 пар наблюдений — менее 1% риска ошибки.

Критерий Вилкоксона. Используется при оценке различий двух связанных совокупностей, позволяет оценить размеры выявляемых разностей. Вычисление критерия осуществляется в следующей последовательности:

1. Вычисляются разности в парах наблюдений.
2. Проставляются ранги по величине разности без учета знаков (от меньшей разности к большей, результаты без изменений исключаются).
3. Подсчитывается сумма однозначных рангов.
4. Оценивается меньшая из сумм.

Критерий соответствия (χ^2) — «хи-квадрат». С помощью него определяют соответствие (согласие) эмпирического распределения теоретическому, и тем самым оценивают достоверность различий между выборочными совокупностями. Критерий применяется в тех случаях, когда нет необходимости знать величину того или иного параметра (среднюю или относительную величину) и требуется оценить достоверность различий не только двух, но и большего числа групп.

Критерий соответствия применяется для статистической оценки результатов исследования в случаях, когда нет необходимости знать величину самого показателя, размер связи, а требуется лишь подтвердить, существенно ли влияние изучаемого фактора или оно случайно, и подтвердить наличие взаимосвязи между явлениями.

В отличие от метода оценки достоверности по критерию Стьюдента, который позволяет проводить только попарное сравнение, критерий соответствия применяется для сопоставления не только двух, но и большего числа групп, в этом его преимущество. Определение критерия соответствия основано на довольно распространенном в исследованиях приеме — доказывать от противного.

Критерий определяется по формуле:

$$\chi^2 = \sum \frac{(P - P_1)^2}{P_1},$$

где P — фактические (эмпирические) данные, P_1 — «ожидаемые» (теоретические) данные, вычисленные на основании нулевой гипотезы, \sum — знак суммы.

Определение критерия основано на расчете разницы между фактическими и «ожидаемыми» данными. Чем больше эта разность ($P - P_1$), тем с большей вероятностью можно утверждать, что существуют различия в распределении сравниваемых выборочных совокупностей, и наоборот, чем меньше разность, тем меньше шансов на то, что сравниваемые выборочные совокупности различны между собой.

Анализ качественных данных. Несмотря на то, что результаты качественного анализа вполне доступны для понимания, иногда трудно бывает постичь сам процесс анализа, особенно из-за отсутствия жестко установленных правил. Общая цель качественного и количественного анализа — «систематизировать, структурировать данные и выяснить их значение (Loiselle et al., 2004). Однако качественный анализ требует больших усилий от исследователя, которому нужно не один раз прочитать и перечитать записи данных, подумать над прочитанным и провести сравнение данных на основе логики и здравого смысла (Neuman, 2000).

Качественные данные получают в виде текста, написанных слов, фраз или символов, описывающих или представляющих людей, действия или события. За исключением редких исследований, посвященных контент-анализу, авторы качественных исследований практически не используют статистический анализ.

Анализ качественных данных чаще представляет собой активный и интерактивный процесс, в котором используются следующие виды мыслительных процессов:

- понимание — автор качественного исследования пытается понять смысл полученных данных;
- синтез — исследователь тщательно изучает данные и старается сложить отдельные факты в единое целое;
- построение теории — предполагает систематическую классификацию данных. Исследователь разрабатывает альтернативные толкования изучаемого феномена с тем, чтобы установить их соответствие полученным данным;
- согласование с новым контекстом — теория развивается дальше, и исследуются возможности ее применения к другим условиям или группам.

В области качественных исследований систематизация данных имеет место лишь после их анализа. Полученные данные должны быть хотя бы частично проанализированы прежде, чем они будут отнесены к различным категориям. Тем не менее, допускается углубленный анализ данных после их систематизации. Поэтому процессы систематизации и анализа качественных данных тесно взаимосвязаны между собой.

Для облегчения процесса качественного анализа используются отдельные приемы, которые помогают систематизировать и обработать большое количество описательных данных. Действия по обработке данных направлены на их подготовку для последующего анализа. Обработка данных может осуществляться как вручную, так и с помощью компьютера.

Одним из методов систематизации качественных данных является разработка системы категорий с последующим кодированием данных в соответствии с их категорией.

Процесс кодирования данных включает две одновременные операции: механическое сокращение количества данных и аналитическую классификацию данных по темам. По мнению (Neuman, 2000), кодирование данных — это тяжелый труд по сокращению огромной массы сырых данных и превращение ее в небольшие блоки, пригодные для обработки. Кодирование позволяет исследователю найти и извлечь нужную часть данных из этой массы. У исследователя могут возникнуть трудности при выборе наиболее подходящего кода, или он может не до конца понять глубинный смысл некоторых аспектов полученных данных.

Использование аналитических методов позволяет проводить обработку полученных данных по следующим этапам (Loiselle et al., 2004):

- производится поиск тем или повторяющихся закономерностей, темы часто возникают в рамках выбранных категорий данных;
- осуществляется обоснование пригодности тем, т.е. определяется, точно ли они отражают исследуемый феномен;
- используются квазистатистические методы для табулирования частоты, с которой определенные темы, связи или догадки находят подтверждение в полученных данных. Исследователь пытается свести тематические фрагменты в единое целое.

Анализ данных основного теоретического исследования упрощается при использовании метода постоянного сравнения. Это означает, что исследователь одновременно занимается сбором, кодированием и анализом данных.

Многие авторы качественных исследований полагают, что на завершающий этап анализа данных приходится процесс осмысления, связанный с письменным оформлением данных и написанием разделов научного документа с материалами для дискуссии.

ГЛАВА 3. **ОФОРМЛЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ НАУЧНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ**

3.1. Публикации результатов исследования

Использование результатов исследования очень ограничено до тех пор, пока они не доведены до сведения других специалистов. Поэтому следующей, не менее важной, задачей исследователя является подготовка исследовательского отчета, который будет служить источником информации об исследовании для людей, не принимавших в нем участия.

Исследовательская журнальная статья — это отчет по исследованию, в котором кратко представлены наиболее важные этапы и аспекты исследования. Статья проходит предварительный отбор и подвергается критическому анализу. Публикация статьи в журнале не означает того, что результаты проведенного исследования должны приниматься как непререкаемая истина, т.к. достоверность результатов во многом зависит от того, как было проведено исследование.

Исследовательские отчеты, публикуемые в профессиональных журналах, имеют определенный формат представления материала и некоторые стилистические особенности языка в зависимости от конкретной страны. Ниже приводятся содержание и формат исследовательской журнальной статьи, принятые во многих странах.

Аннотация к статье (абстракт от англ. «abstract» — аннотация) — краткое (100 - 200 слов) описание исследования, расположенное в самом начале статьи (если краткое описание исследования помещено в конце статьи, то оно называется резюме статьи). В аннотации обычно дается представление вопроса исследования, использовавшихся методах, а также результатах исследования. С помощью аннотации (резюме) можно в кратчайшие сроки получить представление о том, имеет ли тот или иной документ прямое отношение к тематике научной работы или к специфике клинической практики.

Введение знакомит читателя с проблемой исследования и контекстом, в котором должна рассматриваться эта проблема и состоит из четырех элементов:

1. Формулировка цели исследования, его вопросов или гипотезы.
2. Обзор литературы по проблеме исследования.
3. Теоретическое обоснование проблемы.
4. Обоснованность актуальности проблемы и необходимости проведения исследования.

Описание использованных методов. Задача этого раздела состоит в том, чтобы донести до читателя, какие действия были предприняты исследователем для решения проблемы или получения ответов на поставленные вопросы и описываются:

- исследуемая генеральная совокупность, методика формирования выборочной совокупности, а также число единиц наблюдения и их характеристики;

- дизайн исследования, включая методы контроля;
- методы сбора данных и измерения переменных;
- описание процедур и вмешательств, применявшихся и/или изучавшихся в ходе исследования.

В этом разделе исследователь имеет возможность не только описать, что им было сделано, но и обосновать, почему это было сделано так, а не иначе.

Описание результатов исследования. В этом разделе представлены наиболее значимые и интересные результаты, полученные в ходе исследования.

В качественных исследованиях, в разделе результатов исследования дается описание отдельных тем, которые были получены в результате анализа повествовательных материалов, вместе с интеграцией полученных данных в теоретический контекст. Исследователь обычно цитирует слова участников исследования для иллюстрации важных моментов.

В количественных исследованиях исследователь начинает с описания главных переменных, используя дескриптивные статистические данные, и приводит следующую информацию:

- названия использованных статистических методов, при помощи которых проводилась оценка уровня вероятности полученных результатов;
- рассчитанные значения различных показателей;
- уровни значимости полученных статистических показателей, определяющие валидность полученных результатов.

Если в данном разделе представлены буквально все данные, полученные в ходе количественного исследования, то это принято отождествлять с надлежащей практикой. Такой подход не позволяет исследователям утаивать те результаты, которые могут противоречить взятой за основу научной гипотезе, выдвинутой в процессе дискуссии.

Ценным является также предоставление сведений о методике сбора данных. Рекомендуется давать информацию о показателях отклика при проведении опросов. Низкий процент ответивших (менее 50%) может негативно сказаться на обобщаемости полученных данных даже тогда, когда выборка была репрезентативной и достаточно объемной. При изложении сведений такого рода рекомендуется указывать характеристику популяции, выборки и охваченных респондентов (с точки зрения их возрастно-половой структуры, социально-экономического статуса).

Приветствуется графическое представление полученных результатов, которое способствует лучшему восприятию данных и повышению заинтересованности читателей к научной документации.

Обсуждение результатов исследования. В разделе обсуждения результатов исследователь делает выводы о полученных в ходе исследования результатах и исследовании в целом. Элементы, входящие в этот раздел, обычно включают:

- интерпретацию полученных результатов;
- обсуждение ограничений исследования;

- значение исследования для практической деятельности и дальнейших исследований.

Описанные выше этапы более характерны для количественных исследований, нежели качественных. Последовательность действий исследователя при выполнении качественного исследования имеет следующие особенности:

- исследователь собирает данные, беседуя с людьми, которые имеют опыт в изучаемой области, или наблюдая за их поведением;
- анализ и интерпретация данных выполняются в непрерывном режиме;
- процесс анализа данных предполагает группировку информации в логически последовательную систему;
- во время непрерывного процесса анализа и интерпретации данных определяются соответствующие категории для построения описательной теории изучаемого феномена;
- выбор количества участников исследования определяется собираемыми данными.

Внедрение результатов исследования. Заключительным этапом научного исследования является использование результатов исследования в реальных условиях. И хотя в обязанности медицинских сестер-исследователей не входит разработка плана внедрения результатов исследования, подготовка практических рекомендаций и включение их в исследовательский отчет может значительно облегчить и повысить эффективность процесса использования результатов исследования в практической деятельности.

3.2. Стендовый доклад

Результаты научной работы могут быть представлены в виде стендового (постерного) доклада. В настоящее время в современном мире наблюдается избыток информации и недостаток времени для ее изучения. Поэтому все чаще на научно-практических конференциях представляют стендовые доклады, с которыми могут ознакомиться все участники конференции и выбрать темы, которые для них наиболее интересны. Стендовые доклады можно разместить в интернете и получить комментарии по публикуемой вами теме.

Прежде чем приступить к дизайну постера, проведите обзор вашего исследования, сформулируйте главное и разбейте на разделы:

- название (используйте короткие заголовки, отражая основную мысль исследования);
- введение в актуальную проблему;
- цель;
- описание современных методов исследования;
- результаты;
- выводы;

- благодарность тем людям, которые помогли вам в проведении исследования;
- фамилия, имя, отчество автора, его фотография и контактные данные.

Дизайн постера – творческий процесс, в котором следует придерживаться некоторых принципов.

Текст постера:

- ограничьте объем текста, постарайтесь описать свое исследование в 250 – словах;
- располагайте текст в виде колонок, представляя его в виде блоков по 4-5 строчек с 35-45 знаками в строке (более длинные строки сложны для восприятия);
- оптимальный размер букв заголовка 2,5 см., основной текст 1,0 см;
- не заполняйте все пространство постера текстом;
- ограничьте использование заглавных букв, строчные буквы читаются легче;
- выделяйте важное, используя жирный или наклонный шрифт, не используйте подчеркивание. Не рекомендуется использование более трех шрифтов в одном постере;
- размещайте информацию на постере так, чтобы человек читая ее, двигался от верхнего левого края к нижнему правому;
- самую важную информацию (например: выводы....) размещайте в левом верхнем углу и в центре.

Иллюстрации:

- используйте простые графики и рисунки;
- все подписи и иллюстрации располагайте горизонтально;
- элементы дизайна, эмблемы и фотография автора лучше поместить в правом верхнем углу.

Фон постера:

- для фона применяйте однотонный цвет – он унифицирует постер, не располагайте рядом друг с другом красный и зеленый цвет, некоторые люди их не различают;
- лучше всего подходят светлые пастельные тона (использование слишком большого количества цвета рассеивает внимание);
- используйте стрелки, тени для выделения важного в небольшом количестве;
- на темном фоне используйте светлый шрифт и, наоборот, на светлом фоне – темный шрифт;
- не изготавливайте черно - белых постеров.

Хорошо подготовленный стендовый доклад обладает следующими качествами: на его чтение уходит не более 10 минут, читаемый текст, передача информации с помощью графиков, таблиц, иллюстраций понятна для восприятия, стендовый доклад легко читается с расстояния 1 метр.

3.3. Оформление исследовательской работы

Структура исследовательской работы представлена следующим образом: титульный лист, оглавление, введение, главы основной части, выводы, заключение, список литературы, приложения.

Титульный лист является первой страницей научно-исследовательской работы и заполняется по определенным правилам. В верхнем поле указывается полное наименование медицинской организации, где проводилось исследование. В среднем поле пишется заглавие работы, которое оформляется без слова «тема» и в кавычки не заключается. После заглавия указывается вид научно-исследовательской работы. Ниже, ближе к правому краю титульного листа, указываются фамилия, имя, отчество исполнителя и далее фиксируется фамилия, имя, отчество руководителя, его научное звание (если имеется) и должность. В нижнем поле указываются местонахождение медицинской организации и год написания работы.

Оглавление помещается на второй странице. В нем приводятся названия глав и параграфов с указанием страниц, с которых они начинаются. Заголовки оглавления должны точно повторять название глав и параграфов в тексте. При оформлении заголовки ступеней одинакового уровня необходимо располагать друг под другом. Заголовки каждой последующей ступени смещаются на пять знаков вправо по отношению к заголовкам предыдущей ступени. Все они начинаются с заглавной буквы без точки в конце. Номера страниц фиксируются в правом столбце оглавления. Главы и параграфы нумеруются по многоуровневой системе, то есть обозначаются цифровыми номерами, содержащими во всех ступенях номер своей рубрики и рубрики которой они подчинены. Введение и заключение не нумеруются.

Во введении фиксируется проблема, актуальность, практическая значимость исследования; определяются объект и предмет исследования; указываются цель и задачи исследования; коротко перечисляются методы работы. Все перечисленные выше составляющие введения должны быть взаимосвязаны друг с другом.

Главы основной части посвящены раскрытию содержания научно-исследовательской работы.

Первая глава основной части работы строится на основе анализа научной литературы. При ее написании необходимо учитывать, что основные подходы к изучаемой проблеме, изложенные в литературе, должны быть критически проанализированы, сопоставлены и сделаны соответствующие обобщения и

выводы. В процессе изложения материала целесообразно отразить следующие аспекты:

- определить (уточнить) используемые в работе термины и понятия;
- изложить основные подходы, направления исследования по изучаемой проблеме, выявить, что известно по данному вопросу в науке, а что нет, что доказано, но недостаточно полно и точно;
- обозначить виды, функции, структуру изучаемого явления;
- перечислить особенности формирования (факторы, условия, механизмы, этапы) и проявления (признаки, нормативное и патологическое функционирование) изучаемого явления.

При написании основной части работы каждый раздел завершается кратким резюме или выводами, которые обобщают изложенный материал и служат логическим переходом к последующим разделам.

В последующих частях работы, имеющей опытно-экспериментальную часть, дается обоснование выбора тех или иных методов и конкретных методик исследования, приводятся сведения о процедуре исследования и его этапах, а также предлагается характеристика групп респондентов.

При описании методик обязательным является: название, автор, показатели и критерии, которые в дальнейшем будут подвергаться статистической обработке.

В характеристику респондентов принято включать сведения о количестве испытуемых, их квалификации, возраст, пол и другие данные, значимые для интерпретации.

Далее приводится список всех признаков, которые были включены в обработку, описание математико-статистического анализа, сведения об уровнях значимости, достоверности сходства и различий.

Раздел экспериментальной части работы завершается интерпретацией полученных результатов. **Описание результатов** целесообразно делать поэтапно, относительно ключевых моментов исследования. Анализ экспериментальных данных завершается выводами. При их составлении необходимо учитывать следующие правила выводы должны:

- быть следствием данного исследования
- не требовать дополнительных измерений;
- соответствовать поставленным задачам;
- формулироваться лаконично, не иметь большого количества цифрового материала;
- не должны содержать общеизвестных истин, не требующих доказательств.

Заключение представляет собой краткий обзор выполненного исследования. В нем автор может вновь обратиться к актуальности изучения, дать оценку эффективности выбранного подхода, подчеркнуть перспективность исследования. Заключение не должно представлять собой механическое суммирование выводов, находящихся в конце каждой главы основной части. Оно должно со-

держат то новое, существенное, что составляет итоговые результаты исследования.

В конце, после заключения, принято помещать список литературы, куда заносятся только использованные в тексте работы источники. Причем использованными считаются только те работы, на которые есть ссылки в тексте, а не все статьи, монографии, которые прочитал автор в процессе выполнения научно-исследовательской работы.

В приложении определяются материалы объемного характера. К ним относятся первичные таблицы, графики, продукты деятельности испытуемых и др. По своему содержанию приложения могут быть разнообразного плана: справочники, нормативно-правовая документация и т.д.

Общие требования к оформлению исследовательской работы

Текст представляется на белой бумаге форматом А4 (297*210) на одной стороне листа. При написании и печати следует соблюдать следующие правила:

Размер полей: левое — 2 см, правое — 1,5 см, левое — 1,5 см, верхнее — 1,5 см, нижнее — 1,5 см.

Нумерация страниц — арабскими цифрами по центру внизу страницы.

Текст печатается через одинарный межстрочный интервал.

Абзац—1,25см.

Нумерация страниц начинается с титульного листа, которому присваивается номер 1, но на страницу он не ставится. Далее весь последующий объем работ, включая библиографический список и приложения, нумеруются по порядку до последней страницы. Начало каждой главы печатается с новой страницы. Это относится также и к введению, заключению, библиографическому списку, приложениям. Название главы печатается жирным шрифтом заглавными буквами, название параграфов — прописными, выделение глав и параграфов из текста осуществляется за счет пропуска дополнительного интервала.

Заголовки следует располагать посередине строки симметрично к тексту, между заголовком и текстом пропустив 3 интервала. Такое же расстояние выдерживается между заголовками главы и параграфа. Порядковый номер главы указывается одной арабской цифрой (например: 1,2,3), параграфы имеют двойную нумерацию (например: 1.1, 1.2 и т.д.). Первая цифра указывает на принадлежность к главе, вторая — на собственную нумерацию.

Требования к оформлению цитат и ссылок

Для подтверждения собственных выводов и для критического разбора того или иного положения часто используются цитаты. При цитировании следует вы-

полнять следующие требования: при дословном цитировании мысль автора заключается в кавычки и приводится в той грамматической форме, в которой дана в первоисточнике. По окончании делается ссылка на источник, в которой указывается номер книги или статьи в списке использованной литературы и номер страницы, где находится цитата. Например: обозначение [4. С. 123] указывает, что цитата, использованная в работе, находится на странице 123 в первоисточнике под № 4 в списке литературы.

При недословном цитировании (пересказ, изложение точек зрения различных авторов своими словами) текст в кавычки не заключается. После высказанной мысли необходимо в скобках указать номер источника в списке литературы без указания конкретных страниц, например: [23]. Если текст цитируется не по первоисточнику, а по другому изданию, то ссылку следует начинать словами «Цит. по...» или «Цит. по кн...» и указать номера страниц и номер источника в списке литературы, например: (Цит. по кн. [6. С. 240]).

Если цитата выступает самостоятельным предложением, то она начинается с прописной буквы, даже если первое слово в первоисточнике начинается со строчной буквы и заключается в кавычки. Цитата, включенная в текст после подчинительного союза (что, ибо, если, потому что) заключается в кавычки и пишется со строчной буквы, даже если в цитируемом источнике она начинается с прописной буквы.

Требования к оформлению ссылок

В современной научной литературе используются внутри текстовые ссылки. Их оформление возможно в двух вариантах. Первый: за упоминанием автора в квадратных скобках указываются порядковые номера тех источников, на которые идет ссылка в тексте. Например: В трудах С. Л. Рубинштейна [4; 5; 7] раскрываются... Второй вариант: вслед за упоминанием автора, указывается год издания монографии, статьи в соответствии со списком использованной в работе литературы. Пример: В ряде работ С. Л. Рубинштейна (1957), А. Н. Леонтьева (1965), Б. М. Теплова (1956), А. А. Смирнова (1966) сформулированы новые подходы к изучению сознания.

Когда на одну страницу попадает две-три ссылки на один и тот же первоисточник, то фамилия автора или порядковый номер указывается один раз. Далее в квадратных скобках принято писать [Там же] или при цитировании [Там же. С. 309].

Требования к оформлению таблиц

Цифровые данные исследования группируются в таблицы, оформление которых должно соответствовать следующим требованиям: слово «Таблица» без

сокращения и кавычек пишется в левом верхнем углу над самой таблицей и ее заголовком. Нумерация таблиц производится арабскими цифрами без знака номер и точки в конце (например, Таблица 1 - Результаты...). Если в тексте только одна таблица, то номер ей не присваивается и слово «таблица» не пишется. Нумерация таблиц и рисунков может быть сквозной по всему тексту работы или самостоятельной в каждом разделе. Тогда она представляется по уровням подобно главам и параграфам. Например: в главе 2 таблицы будут иметь номера 2.1, 2.2 и т. д. Первый вариант нумерации обычно применяют в небольших по объему и структуре работах. Второй — предпочтителен при наличии развернутой структуры работы и большого количества наглядного материала.

Название таблицы располагается между ее нумерацией и собственным содержанием. Пишется с прописной буквы без точки в конце. При переносе таблицы на следующую страницу заголовки вертикальных граф следует пронумеровать и повторять только их номер. Предварительно над таблицей поместить слова «Продолжение таблицы 8». При фиксации сырых баллов в таблицах, если для этого нет прямой необходимости, не принято писать фамилии, имена респондентов. Это профессионально неэтично. Название таблицы, ее отдельных строк не должно содержать сокращений, аббревиатур, не оговоренных ранее в тексте работы.

Требования к оформлению иллюстраций

В качестве иллюстраций в исследовательских работах могут быть использованы рисунки, схемы, графики, диаграммы, которые обсуждаются в тексте. При оформлении иллюстраций следует помнить: все иллюстрации должны быть пронумерованы. Если в работе представлены различные виды иллюстраций, то нумерация отдельно для каждого вида. В текст работы помещаются те иллюстрации, на которые в ней имеются прямые ссылки типа «сказанное выше подтверждает рисунок...».

Остальной иллюстрационный материал располагают в приложениях. Номера иллюстраций и их заглавия пишутся внизу под изображением, обозначаются арабскими цифрами без знака «№» после слова «Рисунок». На самой иллюстрации допускаются различные надписи, если этому позволяет место. Однако чаще используются условные обозначения, которые расшифровываются ниже изображения. На схемах всех видов должны быть выражены особенности основных и вспомогательных, видимых и невидимых деталей, связей изображаемых предметов или процесса.

Требования к оформлению приложений

Приложения по своему содержанию могут быть разнообразны. При их оформлении следует учитывать общие правила оформления. Приложения

оформляются как продолжения основного материала на последующих за ним страницах. При большом объеме или формате приложения оформляются в виде самостоятельного блока, на лицевой стороне, которой дается заголовок «Приложения» и затем повторяют все элементы титульного листа исследовательской работы.

Каждое приложение должно начинаться с нового листа с указания номера в правом верхнем углу, например: Приложение 1.

Каждое приложение имеет тематический заголовок, который располагается посередине строки под нумерацией приложения. При наличии нескольких приложений они нумеруются арабскими цифрами по порядку без знака «№» и точки в конце. Нумерация страниц, на которых даются приложения, должна быть сквозной и продолжать общую нумерацию страниц основного текста.

Требования к оформлению библиографического списка

Изучение литературы и составление библиографии – важная часть процесса написания научной работы. Правила оформления научных работ являются общими для всех отраслей знания и регламентируются государственными стандартами Российской Федерации.

- Национальный стандарт российской федерации ГОСТ Р 7.0.5- 2008 Система стандартов по информации, библиотечному и издательскому делу от 28.04.2008г. № 95-СТ.
- ГОСТ 7.12-93 СИБИД. Библиографическая запись. Сокращение слов на русском языке. Общие требования и правила.
- ГОСТ 7.82-2001 Система стандартов по информации, библиотечному и издательскому делу. Библиографическая запись. Библиографическое описание электронных ресурсов. Общие требования и правила составления.

Существуют различные способы группировки литературы в библиографических списках:

- **алфавитная** (общий алфавит фамилий авторов и заглавий книг и статей);
- **по главам работы монографического характера** (в начале указывается литература общего характера, затем материалы, относящиеся к той или иной главе в алфавитном или хронологическом порядке);
- **систематическая** (по отдельным отраслям знаний, вопросам и темам в их логическом соподчинении);
- **топографическая** (по местностям, которым посвящена литература: по странам, областям, городам);
- **хронологическая** (хронология публикаций документов или хронология событий);
- **по видам источников** (официальные документы, исторические источники, научная литература, справочная литература).

В исследовательской работе рекомендуется использовать алфавитный способ расположения литературных источников, т.к. составленный при этом список освещает конкретный вопрос или тему и количество рассматриваемых работ обычно невелико. В начале алфавитного списка можно вынести, если таковые имеются: официальные документы (государственные документы, приказы отдельных ведомств).

Правила оформления библиографических списков

Для книг одного или нескольких авторов указывается фамилия и инициалы авторов (точка), название книги без кавычек с заглавной буквы (точка и тире), место издания (точка, двоеточие), издательство без кавычек (запятая), год издания (точка и тире), количество страниц в книге с прописной буквой «с» на конце (точка).

Например: Перре-Клермон А. Н. Роль социальных взаимодействий в развитии интеллекта детей. — М.: Педагогика, 1991. — 248 с.

Для составительского сборника двух-трех авторов указывается название сборника (одна наклонная линия) далее пишется слово «Сост.» (точка) инициалы и фамилия составителей (точка, тире), место издания (точка, двоеточие), название издательства (без кавычек, запятая), год издания (точка, тире), количество страниц в сборнике с прописной буквы «с». Например: Советы управляющему /Сост. А. Н. Зотов, Г. А. Ковалева. — Свердловск.: Сред.-Урал. Кн. Изд-во, 1991. — 304с.

При оформлении сборника с коллективом авторов под общей редакцией указывается название сборника (одна наклонная линия) далее могут быть либо слово «Сост.» и перечисляется ряд составителей (точка с запятой), слово «Под ред.» (точка), инициалы и фамилия редактора (точка, тире), место издания (точка, двоеточие), издательство (запятая), год издания (точка, тире), количество страниц (прописная «с», точка), либо слово «Под ред.» (точка), инициалы и фамилия редактора (точка, тире), место издания (точка, двоеточие), издательство (запятая), год издания (точка, тире), количество страниц (прописная «с», точка). Например: Краткий толковый словарь русского языка / Сост. И. Л. Горецкая, Т. Н. Половцева, М. Н. Судоплатова, Т. А. Фоменко; Под ред. В. В. Розановой. — М.: Русск. Яз., 1990. — 251 с.. Психология. Словарь / Под общ. Ред. А. В. Петровского, М. Г. Ярошевского. — 2-е изд. — М.: Политиздат, 1990. — 494 с.

Для статей в сборнике указывается фамилия и инициалы автора (точка), название работы (точка, две наклонные линии), название сборника (точка, тире), место издания (точка, тире), заглавная буква «С» (точка), номер первой и последней страниц (точка). Например: Леонтьев А. Н. Общее понятие о деятельности // Хрестоматия по возрастной психологии. Под ред. Д. И. Фельдштейна.— М.: Междунар.педагогич. академия, 1994. — С. 112—121.

Для статей в журнале указывается фамилия и инициалы автора (точка), название статьи (две наклонные линии), название журнала без кавычек (точка, тире), год издания (точка, тире), номер журнала (точка, тире), заглавная буква «С» (точка) страницы (точка). Например: Айнштейн В. Экзаменуемые и экзаменаторы // Высшее образование в России. — 1999. — № 3. — С. 34—42.

3.4. Понятийный аппарат

Понятийный аппарат любой области деятельности, науки образуют понятия (словесные выражения представлений о чем-нибудь, суждения о предмете, отражающие его сущность) и правила их употребления. В упорядоченном виде он представляет собою систематизированный перечень всех или основных употребляемых в определенной дисциплине понятий и их определений, а так же совокупность научно-обоснованных терминов, используемых автором в своем исследовании и при его описании.

Автопрезентация — представление экзаменационной комиссии результатов собственной деятельности — курсовой или дипломной работы и их публичная защита.

Автореферат диссертации — научное издание в виде брошюры, содержащее оставленный автором реферат проведенного им исследования, представляемого на соискание ученой

Актуальность темы — степень её важности в данный момент и в данной ситуации для решения данной проблемы (задачи, вопроса).

Акцентирование текста — процесс выделения в тексте наиболее значимых понятий, терминов, положений. Это всеобщий прием создания научного текста при написании параграфов. Делается это выделением (подчеркиванием) необходимых слов, положений, но главное — благодаря более подробному описанию главной мысли и подчинению ей всех остальных.

Анализ — метод исследования, который позволяет расчленить или разложить предмет исследования (объект, свойства) на основные части.

Аналогия — рассуждение, в котором из сходства двух или нескольких объектов по некоторым признакам делается вывод об их сходстве.

Анкета — структурированная форма сбора данных, состоящих из серии вопросов, письменных или устных, на которые необходимо ответить респонденту.

Анкетирование — метод сбора данных, который предполагает самостоятельное заполнение анкет целевыми группами респондентов и возврат анкет интервьюеру.

Аспект – угол зрения, под которым рассматривается объект (предмет) исследования.

Введение – вступительная часть текста, книги ориентирующая читателя в дальнейшем содержании.

Валидность метода исследования – соответствие метода поставленной цели его использования: выявить именно то, что необходимо исследователю.

Виды анализа – это специфика его применения при изучении теоретического и иного материала. Различают следующие виды анализа: аспектный, критический, понятийный, проблемный, системный, структурный, функциональный и др.

Виды (жанры) научной литературы – условное деление научной литературы на теоретические, методические и справочные издания. Теоретические (тезисы, научные и научно-популярные статьи, монографии, авторефераты диссертаций, научные отчеты). Методические (учебники и учебные пособия, методические разработки, рекомендации).

Внедрение – это практическое воплощение в жизнь и внедрение в практику, какой либо идеи, подходов, методов работы.

Выборка – определение единиц исследования. Это может быть выборка медицинского персонала, отделения учреждения здравоохранения и т.д., которая позволяет ограничить исследование и сделать его доступным, из всей генеральной совокупности специально подобрать материал.

Генеральная совокупность – тот класс явлений или человеческая общность, которые изучает исследователь на примере выборочной совокупности. При этом предполагается, что выбранная для изучения совокупность явлений, факторов или людей идентична общей генеральной совокупности.

Гипотеза – составная часть научного исследования, выполняемого в рамках научно-исследовательской работы, заключающая в себе предположение о возможных результатах действия того или иного фактора или условия достижения целей. Гипотеза разрабатывается только на основе уже выработанной цели и после определения предмета исследования. Она используется, чтобы объяснить пути и средства решения противоречий. Гипотеза нуждается в доказательстве, чему и посвящается все исследование. Различают гипотезы о развитии существующей теории, о проверке существующей теории, о разработке новых идей.

График – наглядное изображение соотношения величин, их функциональной взаимозависимости с помощью геометрических и арифметических средств – чисел, плоскостей, точек, линий и т.д. График имеет систему координат: горизонтальную ось абсцисс и вертикальную ординат. На каждой из них наносятся шкалы. Их пересечения показывают динамику изменения зависимых величин.

Дедуктивный метод — метод познания, состоящий в поиске сначала общей идеи, теории и затем в добывании факторов для их доказательства или иллюстрации. Этот метод движения от общего к частному.

Доступность исследования – принцип выбора темы исследования, обозначающий учет внешнего фактора: наличие и доступность научной литературы, экспериментальной базы, достаточность умений, накопленных исследователем, для выполнения работы.

Естественный эксперимент – эксперимент, проводящийся в естественных условиях, когда испытуемые продолжают свою привычную жизнедеятельность и часто не знают, что за ними ведется наблюдение. Такой эксперимент позволяет получить наиболее объективные данные и сближает теорию с практикой.

Заголовок – название подраздела печатного издания.

Задачи — формулируются после разработки гипотезы, поскольку только гипотеза определяет, по какому пути идет исследователь, стремясь достичь поставленной цели.

Замысел – задуманный и мысленно составленный план действий или план предстоящей исследовательской работы. Это намерение к действию. Замыслом является проект курсовой или дипломной работы в виде разработанного научного аппарата.

Знание – языковая форма отражения действительности и способов ее познания и преобразования. Знания существуют в форме понятий, законов, суждений, идей, теории, учений, принципов, формул, событий, факторов и др. Знание амбивалентно, т.е. двойственно: оно черпается из книг, а также из познания реальной жизни. Дидактическим эквивалентом знаний в научно-исследовательских работах выступает их содержание. По нему судят, каким знанием по данному вопросу обладает студент, как он его освоил. Здесь знание – это результат учебной деятельности студента.

Индуктивный метод – такой метод изучения явлений, когда сначала собираются и описываются их частные признаки и проявления, а затем после обобщения выводятся общие признаки и свойства. Это движение поиска от частного к общему.

Инструмент для анкетирования – образцы анкетных бланков (анкет), которые составляются с учетом специфики необходимой информации и заполняются широким кругом респондентов.

Интеграция – это действие по созданию связей, зависимостей между суждениями, положениями, идеями, теориями между разными по природе знаниям об одном и том же.

Информация:

- обзорная – вторичная информация, содержащаяся в обзорах научных документов;
- реферативная – вторичная информация, содержащаяся в первичных научных документах;
- справочная – вторичная информация, представляющая собой систематизированные краткие сведения в какой либо области знаний.

Научное исследование – процесс выработки новых научных знаний, один из видов познавательной деятельности. Характеризуется объективностью, воспроизводимостью, доказательностью и точностью.

Концепция – система взглядов на что либо, основная мысль, когда определяются цели и задачи исследования и указываются пути его ведения.

Ключевое слово — слово или словосочетание, наиболее полно и специфично характеризующее содержание научного документа или его части.

Краткое сообщение – научный документ, содержащий сжатое изложение результатов (иногда предварительных), полученных в итоге научно-исследовательской или опытно-конструкторской работы. Назначение такого документа – оперативно сообщить о результатах выполненной работы на любом ее этапе.

Компиляция – несамостоятельность при выполнении курсовой или дипломной работы, списывание либо с научных источников, либо с чьей-то ранее выполненной работы. Это прямое заимствование чужого текста.

Корреляционный анализ – метод установления взаимосвязей взаимовлияний независимых и зависимых переменных в эксперименте. С его помощью устанавливается, как изменение одних показателей влечет за собой изменение других.

Метод исследования – способ применения старого знания для получения нового знания. Является орудием получения научных фактов.

Методология научного познания – учение о принципах, формах и способах научно-исследовательской деятельности.

Наука – сфера человеческой деятельности, функцией которой является выработка и теоретическая систематизация объективных знаний о действительности. Одна из форм общественного сознания.

Научная новизна исследования – определение вклада исследовательской деятельности студента в науку. Для этого путем самооценки проведенного исследования в работе студентом выделяется та часть, которая дополняет, уточняет или изменяет ранее имеющиеся научные данные.

Научный аппарат исследования – перечень последовательных действий, определяющих границы, направление и характер исследования.

Научный факт – событие или явление, которое является основанием для заключения или подтверждения. Является элементом, составляющим основу научного знания.

Обзор – научный документ, содержащий систематизированные научные данные по какой либо теме, полученные в итоге анализа первоисточников. Знакомит с современным состоянием научной проблемы и перспективами развития.

Объект исследования – процесс или явления, порождающие проблемную ситуацию и избранные для изучения. Например, сестринский процесс, деятельность медицинской сестры и др.

Объем выборки – общее число единиц наблюдения в выборочной совокупности.

Оппонент – лицо, критически оценивающее результаты исследовательской деятельности студента-исследователя. Официальное оппонирование как рецензирование введено для научно-исследовательских работ. Неофициальное оппонирование возможно при защите курсовых, где оппонентами становятся сами студенты.

Опрос – метод сбора первичной информации посредством обращения с вопросами к определенной группе людей.

Отзыв – форма оценивания стиля и характера исследовательской деятельности студента, его отношения к работе, организационной культуры, но не самой работы. Отзыв дается научным руководителем.

Практическая значимость исследования – определение востребованности результатов исследования, конкретного потребителя и его рабочего места, где будет полезно применение данной работы.

Предмет исследования – все то, что находится в границах объекта исследования в определенном аспекте рассмотрения. Это конкретная проблема в теме научно-исследовательской работы, которая находится в границах объекта исследования. Предметом исследования могут быть содержания, формы и методы медицинского воздействия, этапы сестринского процесса, отношения между пациентом и медицинской сестрой и т.д.

Понятие – есть мысль, в которой отражаются отличительные свойства предметов и отношения между ними.

Принцип – основное, исходное положение, какой либо теории, учения науки.

Проблема – крупное обобщенное множество сформулированных научных вопросов, которые охватывают область будущих исследований. Различают следующие виды проблем:

- исследовательская – комплекс родственных тем исследования в границах одной научной дисциплины и в одной области применения;
- комплексная научная – взаимосвязь научно-исследовательских тем из различных областей науки, направленных на решение важнейших задач;
- научная – совокупность тем, охватывающих всю научно-исследовательскую работу или ее часть, предполагает решение конкретной теоретической или опытной задачи, направленной на обеспечение дальнейшего научного или технического прогресса в данной отрасли.

Противоречие исследования – это несоответствие развития составных частей, какой-либо системы, процесса или ситуации, ведущее к нарушению их целостного и успешного развития.

Противоречие – нарушенная связь между явлениями, компонентами, состояниями, свойствами. Из установленного противоречия вытекает проблема исследования как необходимость устранения этого несоответствия.

Рандомизация – выравнивание исходных условий проведения эксперимента с участием экспериментальных и контрольных групп. Обе группы должны быть сходными по важнейшим характеристикам.

Репрезентативность – соответствие характеристик выборки характеристикам популяции или генеральной совокупности в целом. Репрезентативность определяет, насколько возможно обобщать результаты исследования с привлечением определенной выборки на всю генеральную совокупность, из которой она была собрана. Таким образом, репрезентативность – это обоснованность переноса результатов, полученных при анализе выборочной совокупности на генеральную совокупность.

Самоэкспертиза – критический анализ собственной работы и определение ее научной новизны и практической значимости.

Теория – учение, система идей или принципов. Совокупность обобщенных положений, образующих науку или ее раздел. Она выступает как форма синтетического знания, в границах которой отдельные понятия, гипотезы и законы теряют прежнюю автономность и становятся элементами целостной системы.

Цель исследования – словесно-логическое описание представления о результате исследования, того, что ожидается в итоге сложной исследовательской работы.

Цитата – дословная выдержка из какого-либо авторского текста с указанием источника и цитируемой страницы. Цитаты необходимы для иллюстрации позиций как объект анализа, как способ доказательства.

ГЛАВА 4. ПУБЛИКАЦИЯ

Публикация (от латинского *publico* - объявляю всенародно), доведение информации до всеобщего сведения посредством печати, радиовещания, телевидения или изданного произведения.

4.1. Правила оформления тезисов

Тезисы - кратко сформулированные основные положения, главные мысли научной статьи или исследовательской работы, научного труда, доклада, курсовой или дипломной работы и др.

Научно-практические конференции, симпозиумы, съезды, конгрессы сопровождаются выпуском сборника тезисов, который является документов для организационного комитета проводящего мероприятие и позволяет:

- сформировать программу мероприятия по темам и направлениям работы в соответствии с регламентом;
- убедиться в том, что уровень предоставляемой работы соответствует требованиям и статусу мероприятия;
- исключить ошибки в выборе не существующих тем данного мероприятия;
- демонстрируем умение автора представлять работу в сжатом виде;
- дает возможность участникам мероприятия ознакомиться с представляемыми работами, оценить степень значимости той или иной работы, выбрать для себя наиболее интересные для дальнейшего обсуждения их с авторами.

Тезисы являются сжатым отражением доклада, исследовательской работы и др., в них кратко и логично излагается обозначенная тема, ход выполнения исследования. Каждый тезис, составляющий отдельный абзац, освещает определенный вопрос или раздел.

В тезисах не выделяют:

- смысловые части отдельными названиями: актуальность, цели, задачи, ход исследования и др.;
- рисунки, таблицы, графики и схемы, как правило, не вставляют в текст тезисов. Эти элементы используются только тогда, когда иначе не представляется возможным отразить смысл тезиса;
- в тезисах, как правило, отсутствуют цитаты;
- текст и заголовок не должны содержать аббревиатуры (исключение составляют часто используемые).

Оформления материалов:

- объем тезисов составляет 2 страницы компьютерного текста формата А4, (расширенные тезисы от 2 до 5 страниц);

- тезисы пишутся в редакторе MS Word (с расширением doc.);
- чаще всего применяется шрифт Times New Roman, размер 12;
- используется одинарный межстрочный интервал;
- выравнивание по ширине страницы;
- поля: верхнее, нижнее, правое и левое – 20 мм.

В представляемых материалах должны содержаться следующие данные:

- название доклада (статьи, исследовательской работы и др.), без сокращений и аббревиатур;
- фамилия, имя, отчество автора и если есть, то соавторов;
- должность, место работы;
- полное название представляемой организации;
- ученая степень, звание.

Организационный комитет перед проведением мероприятия публикует правила подачи тезисов, которые могут быть расширенными, в таком случае к ним прилагается файл-образец.

4.2. Правила оформления публикаций в журнале «Вестник Ассоциации медицинских сестер России»

Редакция журнала «Вестник РАМС» приглашает к сотрудничеству медицинских сестер, фельдшеров, акушерок, лаборантов, преподавателей сестринского дела, исследователей – членов Ассоциации, специалистов, готовых поделиться своим опытом, идеями, результатами реализованных проектов со страниц нашего издания. Мы ждем статьи в многочисленные рубрики журнала, а также интересные материалы, выходящие за рамки указанных рубрик, но заслуживающие широкого внимания:

Международное сотрудничество (опыт участия в международных мероприятиях и проектах)

Сестринские исследования (статьи о проведенных исследованиях, характеризующие процесс подготовки и реализации, достигнутые результаты)

Этика (опыт решения этических проблем)

Организационная работа в регионе (работа ключевых членов, руководителей региональных ассоциаций, партнерства, акции, круглые столы, состоявшиеся мероприятия)

Инновации практической деятельности (статьи, посвященные вопросам сестринского ухода, организации работы сестринских служб по специализированным направлениям, рекомендации и советы)

Герои нашего времени (статьи, посвященные героическим поступкам медицинских сестер)

Работа специализированных секций (рекомендации по организации работы секций, примеры достижений секций)

Защита от профессиональных рисков (Статьи о проблемах и способах их решений, о мерах, ведущих к повышению безопасности пациентов и персонала, снизить риск проф.заболеваний)

Юридическая консультация – ситуации нарушения прав сестринского персонала.

Мнение лидера – статьи, отражающие мнение лидеров и членов Ассоциации по наиболее актуальным проблемам сестринского дела

Образец оформления: максимальный объем – 10 страниц, Шрифт Times New Roman 12, полуторный интервал

Автор: фотография, Фамилия, имя, отчество; должность; место работы; E-mail; телефон.

Иллюстрации – прилагаются к статье в виде отдельных файлов в формате JPEG, с минимальным разрешением 300 dpi. Сопровождение Вашей статьи иллюстрациями и фотографиями будет значительным преимуществом.

ЧАСТЬ II

НАУЧНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ В СЕСТРИНСКОМ И АКУШЕРСКОМ ДЕЛЕ ОМСКОЙ ОБЛАСТИ

Технологии сестринского психиатрического сервиса в психосоциальной реабилитации женщин трудоспособного возраста, страдающих непсихотическими аффективными расстройствами

Воронкова Т. А.,
старшая медицинская сестра
психотерапевтического амбулаторного отделения
БУЗОО «КПБ им. Н.Н. Солодникова»

Научный руководитель: Четвериков Д.В.,
заведующий психотерапевтическим
амбулаторным отделением,
БУЗОО «КПБ им. Н.Н. Солодникова»,
к.м.н., д.п.н.

Актуальность исследования. По данным ВОЗ отмечается беспрецедентный рост пограничных психических расстройств в большинстве развитых стран мира. На психиатрическую и психотерапевтическую помощь в Западных странах тратят 2% от ВВП. В России 8 – 14% от бюджета здравоохранения. Спрос на психиатрическую и психотерапевтическую помощь во всем мире, особенно на амбулаторное лечение, превышает, в последнее десятилетие, спрос на все остальные услуги медицины, хотя психотерапия составляет только 3% от структур оказывающих медицинскую помощь. Рост пограничной психической патологии делает всё более актуальным вопрос организации оказания психиатрической и психотерапевтической помощи населению. Концепция социально-стрессовых и психосоматических расстройств расширила область пограничной психиатрии до новых границ, и значительная часть населения может быть признана потенциально нуждающейся в специализированной помощи. В данной ситуации встаёт вопрос об изыскании новых возможностей оказания помощи пациентам с пограничными психическими расстройствами и оптимизации имеющихся ресурсов. Все это определило актуальность настоящего исследования.

Новизна исследования заключается в том, что впервые были разработаны технологии сестринского психиатрического сервиса в психосоциальной реабилитации женщин трудоспособного возраста, страдающих непсихотическими аффективными расстройствами.

Цель исследования: разработка технологий сестринского психиатрического сервиса психосоциальной реабилитации лиц с НППР, для предотвращения хронизации НППР, уменьшения трудопотерь, инвалидизации и повышение качества жизни профильного контингента.

В соответствии с целью определены следующие задачи исследования:

1. Разработка технологий сестринского психиатрического сервиса психосоциальной реабилитации пациентов, и обучение медицинских сестер данным технологиям.
2. Формирование исследовательской группы и группы сравнения из пациентов психотерапевтического амбулаторного отделения БУЗОО «КПБ им. Н.Н. Солодникова».
3. Клинико-динамическое наблюдение за пациентами с НППР.
4. Динамическая оценка параметров качества жизни и социального функционирования. ("Опросник для оценки социального функционирования и качества жизни").
5. Оценка результатов, их статистическая обработка, интерпретация и разработка тематических рекомендаций.

Критерии включения: женщины, страдающих различными формами НППР (шифры F4, частично F3 и F0 по МКБ-10) трудоспособного возраста (34-55 лет), со стажем работы не менее 5 лет.

Критерии исключения: женщины моложе 30 и старше 60 лет, не имеющие работы или имеющие стаж работы менее 5 лет, лица, находящиеся на пенсии, а так же пациенты не желающие принимать участие в исследовании.

Размер выборки – 81 респондент.

Методы исследования:

- анализ статистических данных;
- наблюдение (лист сестринского наблюдения);
- тестирование ("Опросник для оценки социального функционирования и качества жизни");
- Обработка полученных данных проводилась в программе «Статистика 6.0» и «Excel – 2007».

Ход исследования. Исследование проводилось на базе БУЗОО «КПБ им. Н.Н. Солодникова» в психотерапевтическом амбулаторном отделении с декабря 2014 года по июнь 2015 года.

Сестринское исследование включало пять этапов:

1 этап - разработка технологий сестринского психиатрического сервиса психосоциальной реабилитации пациентов, и обучение медицинских сестер данным технологиям. Обучение прошли пять медицинских сестер.

2 этап - формирование исследовательской группы и группы сравнения из пациентов психотерапевтического амбулаторного отделения БУЗОО «КПБ им. Н.Н. Солодникова».

В исследовании приняли участие 81 респондент. В качестве целевой группы нами рассмотрены женщины трудоспособного возраста, со стажем работы не менее 5 лет как наиболее демографически представленная группа контингента НППР.

Пациентки были разделены на две группы:

- 1 группа - основная группа включала в себя 64 женщины, страдающих различными формами НППР (шифры F4, частично F3 и F0 по МКБ-10) в возрасте 34-55 лет, в которой применялись разработанные нами технологии психосоциальной реабилитации
- 2 группа – группа сравнения включала в себя 17 женщин аналогичной возрастной и нозологической структуры. В этой группе - технологии психиатрического сервиса не применялись в связи субъективными (ориентировка только на медикаментозное лечение, негативное отношение к психиатрической помощи) и объективными причинами (наличие маленьких детей, домашних животных и проблемных родственников, негативное отношение в семье, отдаленное проживание, напряженный рабочий график и пр.).

3 этап - клинико-динамическое наблюдение в течение минимум 6 месяцев в. Данный временной интервал взят как минимальный срок противорецидивного лечения при непсихотических аффективных расстройствах.

В ходе исследования мы оценивали следующие параметры: клинико-динамическая оценка актуального состояния пациенток, приверженность лечению, частота контрольных посещений клиники, вовлеченность ближайшего социального окружения в лечебно-реабилитационный процесс, качество жизни и социальное функционирование.

4 этап - динамическая оценка параметров качества жизни и социального функционирования. В данном направлении мы использовали "Опросник для оценки социального функционирования и качества жизни", разработанный И.Я. Гуровичем и А.Б. Шмуклером (1998), который был адаптирован для пациенток данного контингента.

5 этап - Оценка результатов, их статистическая обработка, интерпретация и разработка тематических рекомендаций.

Сестринские технологии психиатрического сервиса включали в себя следующее:

1. Обучение медицинских сестер сестринской диагностике до нозологических признаков пограничных эмоциональных расстройств, в частности - склонности к тревожным реакциям, угнетенному настроению, избыточной озабоченности своим физическим и психическим здоровьем, оценке физиологических предикторов тревожно-депрессивных расстройств, таких как мерцающие нарушения сна, нарушения аппетита, астения, транзиторные вегетативные расстройства – колебания артериального давления, пульса, дермографизм, переходящие нарушения функций ЖКТ.
2. При сборе сестринского анамнеза при каждом визите участницы нашего исследования делали акцент на сложных психосоциальных ситуациях, среди которых существенное значение имели семейные проблемы, колебания социально-экономического статуса, бытовые и профессиональные неурядицы,

психосоциальные кризисы – "кризис середины жизни", "пенсионное банкротство", "синдром разоренного гнезда" и т.д.

3. Медицинские сестры принимали непосредственное участие в различных формах реабилитации пациентов: индивидуальной (психообразование, индивидуальная рациональная психотерапия, инструментальная поддержка), семейной (семейное консультирование) и групповой («Школа психического здоровья»). На данном этапе была разработана и организована «Школа психического здоровья для пациентов пограничного профиля», в которой важная роль отводится медицинской сестре.
4. Дистанционные формы поддерживающей психотерапии (телефонное консультирование, которое проводят медицинские сестры).
5. Также были разработаны и внедрены коммуникативные тренинги: «Позитивный настрой на будущее», «Женское счастье», «Способы нормализации семейной обстановки».
6. С пациентками проводилось психообразование по таким направлениям, как «Жизнь с депрессией», «Соматические маски депрессии и тревоги», «Жизненные кризисы», тренинги: «Антидепрессанты, их роль в лечении депрессии», «Фармакологические способы лечения тревоги». Разработана памятка для пациента, страдающего депрессией (приложение 2).
7. Психообразование с родственниками. Разработаны и реализованы тренинги «Возрастные кризисы женщин», «Семейные проблемы и их решение», «Медикаменты и семейный стиль».

В ходе шестимесячного исследования нами были получены результаты, которые демонстрируют необходимость включения сестринских технологий в комплексное лечение изучаемых расстройств. В частности:

1. В исследуемой группе повторные обращения к врачу, в связи с ухудшением психического состояния наблюдались в основной группе у 37 человек (57,8%) и 8 человек (47,1%) в контрольной группе. Мы связываем это с более определенными установками на систематический прием медикаментов и возможность принятия незамедлительных решений, возникающих в результате семейных и социальных проблем. Кроме того в основной группе пациентки приобретали своеобразную «медицинскую культуру», они более упорядоченно обращались к врачам общей практики с реальными соматическими заболеваниями, а не в связи с ипохондрическими переживаниями.
2. Повторные обращения, потребовавшие госпитализации в психиатрическую больницу, отмечались у 6 пациенток (9,3%) основной группы, и у 2 пациенток контрольной группы (11,8%). Мы связываем это с возможностью пациентов на ранних этапах предотвращать обострение психических заболеваний, их высокой информированностью в этих вопросах. В некоторых случаях пациентки до обращения в клинику звонили медицинским сестрам и делились с ними своими болезненными переживаниями и мотивировались к необходимости обращения в амбулаторную службу.

3. Следует отметить более высокий уровень приверженности к лечению у пациентов основной группы. Значение по этому признаку составило $1,16 + 0,10$ баллов в основной группе, в контрольной $2,25 + 0,17$ балла. В контрольной группе пациентки были склонны к тому, чтобы снижать дозу препаратов, заменять их дженериками, они активно изучали инструкции к лекарственным препаратам, искали побочные действия лекарств. Были склонны к использованию сомнительных «методов лечения» типа «народных средств», «целителей», «энергоинформационной терапии» и пр. В основной группе пациентки получали достоверную, проверенную информацию и вовремя решали возникающие вопросы по медикаментозному лечению. В целом поведение пациенток менялось: они более осторожно относились к психотравмирующим обстоятельствам, в частности в трех случаях в основной группе пациентки расстались с алкоголизирующимися сожителями, из них двое установили новые отношения. Пациентки отвергали роль жертвы и более решительно и аутентично занимались вопросами создания благоприятной психологической обстановки.
4. Число противопоказанных во время лечения алкогольных эпизодов установлено у 54 пациенток ($0,9$ на 1 респондента) основной группы, тогда как в контрольной группе данный показатель почти втрое больше – 14 пациенток ($2,7$ на 1 респондента). Случаев brutального пьянства не наблюдалось в обеих группах. Четыре пациентки основной группы бросили курить сигареты.
5. Обращает на себя внимание тенденция к тому, что пациентки основной группы чувствуют себя менее стигматизированными и чаще советуют родственникам и соседям обращаться в психиатрическую больницу по сходным и прочим клинико-социальным ситуациям. Так в 12 случаях пациентки основной группы сами приводили родственников, тогда как в контрольной группе этого не наблюдалось. Однако отметим, что у 6 пациенток контрольной группы актуализировались рентные психологические установки. Они обращались к врачам и, особенно, к медсестрам по малейшему поводу, иногда принимая роль беззащитной жертвы. Самостоятельно увеличивали дозы принимаемых препаратов, активно стремились к госпитализации в психиатрическую клинику без соответствующих показаний. Данное обстоятельство следует учитывать при проведении психосоциальной реабилитации в тематической группе.
6. В ходе групповой психотерапии пациентки с НППР активно обсуждали вопросы клиники и лечения основного заболевания, тогда как проблемы в личной жизни нередко вызывали у них крайне негативную реакцию и стремление покинуть группу. Особенно это касалось взаимоотношений между замужними пациентками и теми, у кого не было полового партнера и /или детей. В силу этой конфронтации наша попытка создать своеобразный "Женский клуб", где выздоравливающие больные депрессией могли бы решать проблемы в личных взаимоотношениях или привлекать потенциальных партнеров, закончилась неудачей.

7. Для оценки стандартизированных показателей качества жизни в данном направлении мы использовали "Опросник для оценки социального функционирования и качества жизни", разработанный И.Я. Гуровичем и А.Б. Шмуклером (1998), который был адаптирован для пациенток данного контингента (приложение 1). С помощью опросника становится возможным получение широкого круга сведений, касающихся функционирования пациентов и их удовлетворенности различными сторонами своей жизни. Эти сведения, наряду с клиническими характеристиками, являются важнейшими составляющими оценки результатов терапии и реабилитационного процесса, качества психиатрической помощи. Изучаемые показатели могут служить основой для выделения отдельных групп пациентов, имеющих сходные социальные проблемы, особенности функционирования и его оценки, что позволяет создать базу для формирования адресно ориентированных реабилитационных программ. Полученные данные делают возможным выделение категорий больных с определенными (целевыми) задачами по их социальной поддержке и реабилитации, а также групп пациентов, различающихся по соотношению их социальному функционирования и качества жизни (например, высокие показатели качества жизни при низком уровне функционирования и др.) Показатели отражены в таблице 1.

Таблица 1 - Показатели качества жизни пациентов с НППР

Показатели	Основная группа	Группа сравнения
оценка своего психического здоровья	1,05 + 0,15 баллов	2,07+0,38 баллов
удовлетворённость своим психическим состоянием	1,76 + 0,25 баллов	3,62 + 0,43 баллов
удовлетворенность физическим самочувствием	0,95 + 0,15 баллов	2,03 + 0,37 баллов
удовлетворённость профессиональной деятельностью	2,07+0,34 баллов	2,34 + 0,41 баллов
общение с друзьями и знакомыми	2,57+0,17 баллов	3,05+0,24 баллов
ведение домашнего хозяйства	2,51+0,40 баллов	2,34+0,38 баллов

Результат исследования: технологии сестринского психиатрического сервиса в психосоциальной реабилитации женщин трудоспособного возраста, страдающих непсихотическими аффективными расстройствами, стабилизирует аффективное состояние его субъектов, способствует нормализации эмоционального фона личности и вносит существенный вклад в превенцию пограничных психических расстройств. По результатам опроса почти в ста процентах случаев пациенты

и их родственники удовлетворены качеством разработанных технологий сестринского психиатрического сервиса и считают необходимым функционирования не только в психиатрической клинике, но и в других общесоматических медицинских организациях.

Выводы:

- Разработка системы повышения информированности всех участников социальной практики в отношении пограничной психиатрии стала реальным фактором превенции психической патологии.
- Изменились функциональные обязанности медицинской сестры психотерапевтического амбулаторного отделения, в которые вошли дистанционные формы поддерживающей терапии (телефонное консультирование пациентов), проведение сестринской диагностики донологических признаков пограничных эмоциональных расстройств, оценка физиологических предикторов тревожно-депрессивных расстройств, проведение индивидуальных (психообразование, индивидуальная рациональная психотерапия, инструментальная поддержка), семейных (семейное консультирование) и групповых («Школа психического здоровья») формах реабилитации пациенток, проведение занятий в «Школа психического здоровья для пациентов пограничного профиля», проведение коммуникативных тренингов и психообразования для пациентов и их родственников.
- Предложенные в работе комплексные методы лечения непсихотических психических расстройств, включая комбинированное применение психофармакотерапии и психотерапии, способствуют оптимизации терапевтического процесса, профилактических и реабилитационных мероприятий не связанных со стрессом расстройства.

Исследование нуждается в продолжении и определении роли каждого компонента в психосоциальной реабилитации. Мы считаем, что вопросам психосоциальной реабилитации пациентов с непсихотическими расстройствами до настоящего времени уделялось незаслуженно мало внимания. Учитывая то, что эти пациенты имеют более благоприятный социальный дисплей, и при соответствующем лечении, способны полностью восстановить психосоциальные функции. В современном российском обществе отсутствует запрос на психотерапевтическую помощь; его формирование возможно после длительного предметного психогигиенического просвещения. Исторически сложилось так, что потребность населения в обращении к специалистам при возникновении проблем в психической сфере не выражена; пациенты обращаются к врачам-психотерапевтам в последнюю очередь, нередко - в состоянии психоза. Разработка системы повышения информированности всех участников социальной практики в отношении пограничной психиатрии может стать реальным фактором превенции психической патологии.

Следующим шагом по продолжению исследования станет:

- Создание карты маршрута пациента с непсихотическими депрессивными расстройствами в амбулаторных условиях.
- Создание школ по профилактики рецидива болезни.

Список литературы:

1. Гурович И.Я. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии / И.Я. Гурович, А.Б. Шмуклер, Я.А. Сторожакова. – М.: ИД Мед-практика, 2007. – 492 с.
2. Гурович И.Я. Психосоциальное лечебно-реабилитационное направление в психиатрии / И.Я. Гурович // Социальная и клиническая психиатрия – 2004. – Т.14, № 1. – С.81-86.
3. Гурович И.Я. Общественно-ориентированная психиатрическая служба (служба с опорой на сообщество) / И.Я.Гурович, Я.И.Сторожакова // Социальная и клиническая психиатрия. – 2003. – Т. 13, № 1. – С. 5-10.
4. Дмитриева Т.Б. Предмет социальной психиатрии / Т.Б.Дмитриева // XII съезд психиатров России. – М., 1995. – С. 62.
5. Доклад о состоянии здравоохранения в мире. Психическое здоровье: новое понимание, новая надежда. – ВОЗ, 2001. – С. 215.
6. Кабанов М.М. Проблема реабилитации психически больных и качество их жизни (к вопросу об охране психического здоровья) / М.М. Кабанов // Социал. и клинич. психиатрия. – 2001. – Т.11,№1. – С.22-27.
7. Кабанов М.М. Психосоциальная реабилитация и социальная психиатрия / М.М. Кабанов. – СПб.: Изд-во СПб. науч. – исслед. психоневрол. ин-та им. В.М. Бехтерева, 1998. – 256с.
8. Краснов В.Н. Охрана психического здоровья – общая ответственность / В.Н. Краснов // Социал. и клинич. психиатрия. – 2001. – №2. – С.5-6.
9. Лейтц Г. Классическая психодрама, Морено Я. Теория и практика./ Лейтц Г. – М.: Прогресс, 1994. – С.29.

**ОПРОСНИК ДЛЯ ОЦЕНКИ СОЦИАЛЬНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ
И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ**

1. Ф.И. О. _____
2. Год рождения _____
3. Адрес _____
4. Дата обследования _____
5. Пол _____
6. Возраст
 0-20 21-25 26-29 31-39 41-49 51-59 60 и старше

ТЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ И ОСОБЕННОСТИ НАБЛЮДЕНИЯ

7. Диагностическая категория, код расстройства (МКБ-10) _____
8. Длительность заболевания:
 до 1 года от 1 года до 3 лет от 3 до 5 лет от 5 до 10 лет
 от 10 до 15 лет свыше 15 лет
9. Частота обращений в АПТО в год:
 1 – раз 1-2 раза 3-4 раза 5 и более раз наблюдается менее 1 года
10. Частота госпитализаций в стационар ОПБ за последние 5 лет:
 0 раз 3-2 раза 3-4 раза 5 и более раз наблюдается менее 5 лет
11. Поддерживающая терапия:
 не нуждается отказывается эпизодически постоянно
12. Обращаемость в амбулаторно-поликлиническое отделение:
 не обращается обращается самостоятельно
 обращается по вызову отказывается от посещений
13. Цель обращения:
 не обращается получение рецепта
 лечение получение б/л
 социально опасный прочее

ОБЩЕЕ БЛАГОПОЛУЧИЕ

14. Удовлетворенность жизнью в целом:

- не удовлетворен скорее не удовлетворен
- чем удовлетворен скорее удовлетворен, чем не удовлетворен
- удовлетворен полностью

ЗДОРОВЬЕ

15. Оценка своего психического здоровья:

- очень плохое плохое (скорее плохое, чем хорошее)
- хорошее (скорее хорошее, чем плохое) очень хорошее

16. Удовлетворенность своим психическим состоянием:

- не удовлетворен
- скорее не удовлетворен, чем удовлетворен
- скорее удовлетворен, чем не удовлетворен
- удовлетворен полностью

17. Наличие хронических соматических заболеваний:

- нет есть, без группы инвалидности
- есть, установлена группа инвалидности

18. Оценка здоровья в целом:

- очень плохое плохое (скорее плохое, чем хорошее)
- хорошее (скорее хорошее, чем плохое) очень хорошее

19. Удовлетворенность физическим самочувствием:

- не удовлетворен скорее не удовлетворён, чем удовлетворен
- скорее удовлетворен, чем не удовлетворен удовлетворен полностью

ОБРАЗОВАНИЕ И ТРУДОВАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ

20. Образование:

- не учился вспомогательная школа начальное образование
- неполное среднее образование среднее образование
- среднее специальное образование незаконченное высшее образование
- высшее образование

21. Удовлетворенность полученным образованием:

- не удовлетворен скорее не удовлетворен, чем удовлетворен
- скорее удовлетворен, чем не удовлетворен удовлетворен полностью

22. Трудовой стаж:

- не работал 1-4 года 5-9 лет 10-19 лет 20 лет и более

23. Профессиональная группа на момент обследования:

- не работает и не учится
 - учащийся
 - неквалифицированный рабочий
 - высококвалифицированный рабочий
 - ИТР
 - руководящий работник, чиновник
 - служащий (врач, учитель, научный работник)
 - представитель творческой профессии
 - предприниматель
 - пенсионер
 - инвалид
 - прочее _____
-

24. Удовлетворенность имеющейся профессией:

- скорее не удовлетворен, чем удовлетворен
- скорее удовлетворен, чем не удовлетворен
- удовлетворен полностью

25. Трудоспособность:

- сохранена полностью
- сохранена, но не работает
- инвалид 3 группы по психическому заболеванию
- инвалид 2 группы по психическому заболеванию
- инвалид 1 группы по психическому заболеванию
- инвалид по соматическому заболеванию

26. Число дней временной нетрудоспособности по психическому заболеванию в течение года (всего) инвалид, пенсионер, не работает и пр.:

- не было
- до 15 дней (включительно)
- до 1 месяца (включительно)
- до 2 месяцев (включительно)
- до 3 месяцев (включительно)
- до 4 месяцев (включительно)
- свыше 4 месяцев
- наблюдается менее года

27. Число дней временной нетрудоспособности по психическому заболеванию в течение года (амбулаторно и ДС) инвалид, пенсионер, не работает и пр.

- не было
- до 15 дней (включительно)
- до 1 месяца (включительно)
- до 2 месяцев (включительно)
- до 3 месяцев (включительно)
- до 4 месяцев (включительно)
- свыше 4 месяцев
- наблюдается менее года

28. Количество смен места работы за последние 5 лет:

- не было
- 1 раз
- 2 раза
- 3 раза
- 4 раза
- 5 раз и более
- пенсионер
- инвалид
- работает менее 5 лет

29. Причины последней смены места работы:

- не менял
- увольнение в связи с сокращением и реорганизацией
- по материальным соображениям
- моральная неудовлетворенность работой
- тяжелые условия труда
- конфликты с администрацией, коллективом
- повышенная утомляемость, перестал справляться с работой
- по психопатологическим мотивам
- пенсионер
- инвалид

30. Удовлетворенность частотой переходов на другую работу:

- удовлетворен
- скорее не удовлетворен, чем удовлетворен
- скорее удовлетворен, чем не удовлетворен
- удовлетворен полностью

31. Характеристика трудовой деятельности на последнем месте работы:

- не работает (не имея группы инвалидности)
- работает по специальности без снижения квалификации
- работает по специальности со снижением квалификации
- смена профессии без снижения квалификации
- смена профессии со снижением квалификации
- инвалид, пенсионер и пр.

32. Характеристика последнего места работы:

- не работает
- работает в гос. учреждении
- работает в негосударственных структурах
- пенсионер
- инвалид

33. Удовлетворенность работой:

- не удовлетворен
- скорее не удовлетворен, чем удовлетворен
- скорее удовлетворен, чем не удовлетворен
- удовлетворен полностью
- не работает (инвалид, пенсионер и др.)

РАБОТОСПОСОБНОСТЬ

34. Физическая работоспособность (в скобках указаны баллы для количественной оценки показателей в процессе терапии):

- ничем не может заниматься (4 балла)
- может с трудом выполнять только простейшие виды домашнего труда (3 балла)
- выполняет элементарную домашнюю работу, однако более сложные виды деятельности затруднены, может их выполнять только "через силу", снижена продуктивность (2 балла)
- работает без принуждения, но снижена продуктивность (1 балл)
- работоспособность восстановлена полностью (0 баллов)

35. Удовлетворенность физической работоспособностью:

- не удовлетворен
- скорее не удовлетворен, чем удовлетворен
- скорее удовлетворен, чем не удовлетворен
- удовлетворен полностью

36. Интеллектуальная продуктивность (в скобках указаны баллы для количественной оценки показателей в процессе терапии):

- ничем не может заниматься (4 балла)
- ограничена возможность элементарных действий: смотреть ТВ, читать "легкую" литературу (3 балла)
- сохранена возможность элементарных действий, однако выполняет их с трудом, "через силу", снижена продуктивность (2 балла)
- способность к интеллектуальной деятельности восстановлена, однако снижена ее продуктивность, отсутствует возможность к творчеству (1 балл)
- восстановлена полностью (0 баллов)

37. Удовлетворенность интеллектуальной продуктивностью:

- не удовлетворен
- скорее не удовлетворен, чем удовлетворен
- скорее удовлетворен, чем не удовлетворен
- удовлетворен полностью

ДНЕВНАЯ АКТИВНОСТЬ

38. Прогулки:

- практически ежедневно
- 1-2 раза в неделю
- несколько раз в месяц
- никогда

39. Посещение магазинов

- ежедневно
- несколько раз в неделю
- раз в неделю
- 1-2 раза в месяц
- никогда

40. Использование общественного транспорта:

- ежедневно
- несколько раз в неделю
- раз в неделю
- 1-2 раза в месяц
- никогда

41. Чтение:

- ежедневно
- иногда
- практически никогда

42. Просмотр телепередач (радио):

- занимает большую часть дня
- ежедневно, отдельные телепередачи
- изредка (несколько раз в неделю), только любимые телепередачи
- никогда

43. Посещение театров, музеев, кинотеатров и других мест отдыха:

- каждый день
- еженедельно
- один раз в месяц
- 1 раз в три месяца
- 1 раз в полгода
- 1 раз в год
- никогда

44. Общение с друзьями и знакомыми

- каждый день
- еженедельно
- один раз в месяц
- 1 раз в три месяца
- 1 раз в полгода
- 1 раз в год
- никогда

45. Хобби:

- нет
- занятия ежедневно
- занятия несколько раз в неделю
- занятия несколько раз в месяц
- занятия реже 1 раза в месяц

46. Занятие домашним хозяйством (в скобках указаны баллы для количественной оценки в процессе терапии):

- обслуживается родственниками, нуждается в уходе (4 балла)
- выполняет только самые необходимые действия, требуемые для поддержания жизнедеятельности, все делает "через силу", при первой возможности все виды деятельности перекладывает на родственников (3 балла)
- самостоятельно либо по инициативе окружающих выполняет несложные виды домашней работы (2 балла)
- обслуживает себя и окружающих, но не в полном, меньшем, чем ранее объеме (1 балл)
- полностью обслуживает себя и окружающих (0 баллов)

47. Оценка дневной активности:

- очень плохая
- плохая
- удовлетворительная
- очень хорошая

48. Удовлетворенность дневной активностью

- неудовлетворен
- скорее не удовлетворен, чем удовлетворен
- скорее удовлетворен, чем не удовлетворен
- удовлетворен полностью

МАТЕРИАЛЬНО-БЫТОВАЯ СФЕРА

49. Материальное положение:

- бедственное материальное положение: голодает, носит чрезвычайно старые и ветхие вещи
- с трудом "сводит концы с концами", материальных средств хватает только на питание, другие расходы недоступны
- материальных средств хватает на удовлетворительное питание, периодически может приобретаться одежда, возможен недорогой отдых
- средств хватает на разнообразное полноценное питание, приобретение, хорошей одежды, отдых
- очень высокий материальный достаток

50. Оценка дохода:

- крайне низкий
- низкий
- средний
- высокий

51. Удовлетворенность материальным положением

- не удовлетворен
- скорее не удовлетворен, чем удовлетворен
- скорее удовлетворен, чем не удовлетворен
- удовлетворен полностью

52. Характеристика жилищных условий:

- живет в перенаселенной квартире
- коммунальная квартира
- не имеет отдельной комнаты в квартире
- имеет комнату в отдельной квартире
- живет один в отдельной квартире
- размер квартиры значительно превышает общепринятый

53. Оценка жилищных условий:

- очень плохие
- плохие
- удовлетворительные
- очень хорошие

54. Удовлетворенность жилищными условиями:

- не удовлетворен
- скорее не удовлетворен, чем удовлетворен

- скорее удовлетворен, чем не удовлетворен
- удовлетворен полностью

55. Качество питания:

- голодает
- питание скудное, потребляются только дешёвые продукты в ограниченном количестве
- удовлетворительное питание, в рационе имеется необходимый набор продуктов без излишеств
- полноценное разнообразное питание, потребление дорогих продуктов

56. Затраты на питание:

- крайне низкие
- низкие
- умеренные
- значительные

57. Оценка питания

- крайне плохое
- плохое
- удовлетворительное
- очень хорошее

58. Удовлетворенность питанием:

- не удовлетворен
- скорее не удовлетворен, чем удовлетворен
- скорее удовлетворен, чем не удовлетворен
- удовлетворен полностью

59. Обеспеченность одеждой:

- нет самых необходимых вещей, ходит в обносках
- ассортимент небогат, в основном старые вещи, но есть самое необходимое
- имеются все необходимые вещи, качество соответствует среднему стандарту
- богатый гардероб: помимо необходимых вещей есть дорогие и красивые вещи

60. Оценка обеспеченности одеждой:

- очень плохая
- плохая
- удовлетворительная
- очень хорошая

61. Удовлетворенность одеждой:

- не удовлетворен
- скорее не удовлетворен, чем удовлетворен
- скорее удовлетворен, чем не удовлетворен
- удовлетворен полностью

СЕМЬЯ И СОЦИАЛЬНЫЕ КОНТАКТЫ

62. Семейное положение:

- холост
- не замужем
- разведен
- вдов(а)
- женат

63. Состав семьи:

- одинок
- больной + родители
- больной + дети
- больной + родители + дети
- больной + другие родственники
- больной + супруг

64. Удовлетворенность семейным образом жизни:

- не удовлетворен
- скорее не удовлетворен, чем удовлетворен
- скорее удовлетворен, чем не удовлетворен
- удовлетворен полностью
- нет семьи

65. Удовлетворенность отсутствием семьи:

- не удовлетворен
- скорее не удовлетворен, чем удовлетворен
- скорее удовлетворен, чем не удовлетворен
- удовлетворен полностью
- есть семья

66. Положение больного в семье:

- нет семьи
- больной занимает подчиненное положение в семье, целиком зависит от ближайших родственников, с его мнением не считаются
- больной не является главой семьи, но с его мнением считаются, может распоряжаться домашним бюджетом
- больной - глава семьи, основной кормилец, его мнение является решающим

67. Удовлетворенность положением в семье:

- не удовлетворен
- скорее не удовлетворен, чем удовлетворен
- скорее удовлетворен, чем не удовлетворен
- удовлетворен полностью
- нет семьи

68. Взаимоотношения с родственниками:

- конфликтные, напряженные
- нейтральные
- неустойчивые
- хорошие

69. Удовлетворенность взаимоотношениями с родственниками

- не удовлетворен
- скорее не удовлетворен, чем удовлетворен
- скорее удовлетворен, чем не удовлетворен
- удовлетворен полностью

ЧТО ТАКОЕ ДЕПРЕССИЯ?

Депрессия – сложное эмоциональное состояние человека, включающее сниженное, подавленное настроение, потерю интереса и чувства удовольствия, утрату интереса к другим людям и повседневной деятельности.

В состоянии депрессии у человека на долгое время снижается настроение, возникает чувство тоски, тревоги, постоянного внутреннего напряжения. Жизнь видится в черно-белых тонах, ничего не интересует, не радует, не доставляет удовольствие, будущее видится мрачным и бесперспективным.

Многие люди, находящиеся в депрессивном состоянии думают о бессмысленности жизни, о собственной ненужности или неполноценности, винят себя во всех проблемах и неприятностях, а некоторые задумываются о смерти и совершают попытки самоубийства.

При депрессии возникает быстрая утомляемость, физическая слабость, утрачивается трудоспособность, снижается концентрация внимания, развивается чувство неуверенности в себе, нарушается сон и снижается аппетит. Иногда возникают головные боли, боли в области сердца, головокружения, одышка.

В течение жизни может случиться только один эпизод депрессии. Однако, примерно половина людей, у которых развивался депрессивный эпизод, испытывают его повторения в будущем.

ПОЧЕМУ ВОЗНИКАЕТ ДЕПРЕССИЯ?

Депрессия может не иметь заметной, очевидной причины, или может быть вызвана различными факторами. Наиболее часто к развитию депрессии приводят психотравмирующие ситуации: ссоры с близкими, разводы, служебные конфликты, серьезные финансовые затруднения, неожиданный имущественный крах, нарушение жизненных целей и планов, крах карьеры, разлука с близкими, переживание одиночества.

Развитие депрессии могут провоцировать ситуации длительного психического напряжения: неотрегулированный темп работы и жизни, требующий постоянного переключения в неожиданных направлениях; ситуации необходимости постоянно сдерживать себя в условиях недружелюбных семейных или служебных отношениях.

Вместе с тем необходимо подчеркнуть, что депрессия не является строго обязательным результатом действия психотравмирующих факторов или психического перенапряжения. Многие люди, испытав действия стрессов и переутомления, являются абсолютно здоровыми.

Развитию депрессии могут способствовать соматические расстройства: онкологические заболевания, рассеянный склероз, инсульт, диабет, нарушения функции щитовидной железы, системная красная волчанка, инфаркт миокарда,

патология почек и печени и т.д. В ряде случаев причиной формирования депрессий является наследственный фактор.

ЧТО ДЕЛАТЬ?

Депрессия – это заболевание, с которым трудно справиться самому, его лечением должен заниматься специалист. Только врач-психотерапевт может правильно поставить и решить вопрос терапии данной патологии.

Обращение к врачу – это Ваш первый шаг на пути к выздоровлению. Обращение за помощью к психотерапевту – это не слабость, наоборот, нужно иметь немалое мужество, чтобы признать свои проблемы и бороться с ними.

Избегайте самостоятельного приёма медикаментов (без рекомендации лечащего врача).

Избегайте употребления алкоголя и наркотических веществ, они приносят лишь временное облегчение, но впоследствии только усиливают депрессию и разрушают Вашу жизнь.

Не скрывайте от близких то, что Вы страдаете депрессией. Не бойтесь обратиться к ним за поддержкой. Постоянная маска хорошего настроения и страх показаться слабым отнимают у Вас силы и усугубляют депрессию.

ЧТО ОЖИДАТЬ ПРИ ОБРАЩЕНИИ К ВРАЧУ?

Беседа со специалистом в области психического здоровья позволит уточнить диагноз и определить тяжесть депрессии. Врач может задавать Вам вопросы: о вашем самочувствии, мыслях, поведении; о том как давно Вы испытываете симптомы депрессии, и как они влияют на повседневную жизнь; была ли у Вас депрессия или другие психические нарушения ранее, если да, то какое лечение было успешным. В ходе обследования Вам могут предложить заполнить специальные опросники для оценки тяжести депрессивного состояния.

Некоторым людям трудно говорить об их болезненном состоянии. Помните, что уважение к Вашим правам и достоинству, соблюдение конфиденциальности будут обязательными.

Врач объяснит все возможные варианты течения депрессии, а также доступные методы лечения и их возможности в терапии данной патологии.

КАК ЛЕЧИТСЯ ДЕПРЕССИЯ?

Лечение депрессии включает использование медикаментов – антидепрессантов и психотерапии (немедикаментозная терапия).

Ученые всего мира утверждают, что основой терапии депрессии являются именно антидепрессанты.

Принятие решения о том, какое лечение лучше, зависит от Ваших предпочтений и ряда факторов, таких как: тяжесть депрессии (легкая, умеренная, тяжелая); длительность депрессивного расстройства; лечились ли Вы ранее и какова эффективность; переносимость терапии.

Антидепрессанты – это препараты для лечения депрессии. Назначать и отменять антидепрессанты должен только врач-психиатр. Современные антидепрессанты хорошо переносятся пациентами и имеют мало побочных эффектов. В арсенале врачей в настоящее время находятся 8 групп антидепрессантов различных по механизму действия и дающих возможность эффективно лечить пациентов с различными вариантами депрессии.

Очень важно, чтобы Вы находились в постоянном и регулярном контакте с Вашим лечащим врачом. Не бойтесь задавать вопросы о своём лечении, о действии препарата и о побочных эффектах. Различные побочные эффекты антидепрессантов достаточно легко устранимы и обратимы.

ВАШ ВРАЧ ДОЛЖЕН ОБСУДИТЬ С ВАМИ ВСЕ ВОПРОСЫ, КАСАЮЩИЕСЯ ВАШЕГО ЛЕЧЕНИЯ. ОН ДОЛЖЕН ОБЪЯСНИТЬ ВАМ, ЧТО:

- Антидепрессанты начинают действовать постепенно, накапливаясь в организме и полный эффект проявляется не сразу примерно через 1-2 недели в зависимости от индивидуальных особенностей пациента.
- Нет опасности развития зависимости от антидепрессанта (Вы не «полюбите» антидепрессант и не будете в нем нуждаться после лечения).
- Нельзя самостоятельно отменять антидепрессанты и самостоятельно изменять дозу.
- Необходимо четко выполнять назначения врача
- Необходимо продолжать лечение после улучшения состояния. Антидепрессанты принимают длительное время (6 месяцев и более в зависимости от формы депрессии).

Психотерапия – это вид межличностного взаимодействия, при котором пациентам оказывается профессиональная помощь психологическими средствами при решении возникающих у них проблем или затруднений психического характера.

Наиболее часто используют следующие методы психотерапии:

- Бихевиоральная психотерапия, направленная на осознание влияния мыслей на эмоции и поведение;
- Рациональная психотерапия, основанная на логическом убеждении пациента, разъяснении ему природы депрессии и путей ее устранения.
- Семейная психотерапия, направленная на создание условий поддержки пациента в трудной для него «болезненной ситуации».

Если вы проходите лечение от лёгкой или умеренной депрессии, Вы вполне можете работать. Но очень важно отрегулировать свой рабочий график и четко

соблюдать режим дня. Не надо пытаться справиться с депрессией, загрузив себя большим количеством дел. Это может привести к быстрому истощению и к ухудшению Вашего состояния.

Если Вы проходите лечение от тяжёлой депрессии, и Вам трудно работать, не отчаиваетесь. Пусть Вашей работой на время станет Ваше лечение.

ПРИ ВОЗНИКШИХ СОСТОЯНИЯХ ОБРАТИТЕСЬ ЗА ПОМОЩЬЮ К ВРАЧУ ПСИХОТЕРАПЕВТУ И ПОМНИТЕ!

- Если Вы или Ваши близкие подозреваете у себя наличие депрессии – обратитесь к врачу – психиатру
- Депрессия хорошо поддается лечению с помощью современных антидепрессантов.
- Лечение депрессии требует времени, тем более что современные антидепрессанты это позволяют, практически отсутствием побочных эффектов;
- Не следует ждать полного выздоровления уже в первые дни лечения. Необходимо помнить, что антидепрессанты начинают действовать не ранее чем через 1-2 недели после начала приема;
- Отмена лечения, как и его назначение, должна проводиться только врачом;
- В некоторых случаях врач может попросить продолжить прием антидепрессанта в течение определенного времени, даже после полного исчезновения всех симптомов, что необходимо для профилактики обострений депрессий.

ПО ВСЕМ ВОПРОСАМ ЛЕЧЕНИЯ НЕОБХОДИМО СОВЕТОВАТЬСЯ С ВРАЧОМ!

Комплексный подход к профилактике эмоциональных нарушений у лиц трудоспособного возраста

Воронкова Т. А.,
старшая медицинская сестра
психотерапевтического амбулаторного отделения
БУЗОО «КПБ им. Н.Н. Солодникова»

Научный руководитель: Четвериков Д.В.,
заведующий психотерапевтическим
амбулаторным отделением,
БУЗОО «КПБ им. Н.Н. Солодникова»,
к.м.н., д.п.н.

Актуальность исследования. В структуре всей психической патологии пограничные психические расстройства составляют около 80%, а диапазон их распространенности в общем населении чрезвычайно высок – от 17 до 210 на 1000 населения. Заболевания невротического круга, как правило, поражают лиц трудоспособного возраста и зачастую оказываются причинами значительного снижения качества жизни больных, а в ряде случаев - длительной и рецидивирующей нетрудоспособности. В этой связи возникает необходимость комплексного подхода раннего выявления состояний психоэмоционального напряжения, которые предшествуют пограничным психическим расстройствам. Особую роль, в данном аспекте лечебно-профилактической работы играют медицинские сестры разных специальностей, работающие, как в стационарных, так и в амбулаторных звеньях, оказывающие первичную, многопрофильную и специализированную помощь населению.

Новизна исследования заключается в том, что впервые были разработан комплексный подход к профилактике эмоциональных нарушений у лиц трудоспособного возраста.

Цель исследования: разработать комплексный подход, направленный на профилактику эмоциональных нарушений у лиц трудоспособного возраста.

Основные задачи участка медицинских сестер в решении данной проблемы могут быть обозначены следующим образом:

1. Обучение медицинских сестер сестринской диагностике признаков пограничных расстройств, в частности склонности к тревожным реакциям с оценкой анамнеза, психического статуса с использованием шкал тревоги и депрессии Гамильтона и HADS.
2. Формирование у медицинской сестры навыков по доврачебной коррекции проблемного реагирования на психосоциальные обстоятельства.
3. Обучение медицинских сестер навыкам само и взаимодиагностики первых признаков социально стрессовых расстройств.

4. Профилактика пограничных эмоциональных нарушений в сестринских коллективах за счет выстраивания доброжелательной, комфортной профессиональной среды; разрешение на ранних стадиях производственных сложностей и конфликтов.
5. Участие медицинских сестер в лечебно-реабилитационных мероприятиях у пациентов с пограничными расстройствами, а также у лиц соматоневрологическими заболеваниями и коморбидными тревожно-депрессивными нарушениями.
6. Оценить эффективность комплексного подхода к профилактике эмоциональных нарушений у лиц трудоспособного возраста.

Критерии включения: лица трудоспособного возраста, страдающие различными формами НППР (шифры F4, частично F3 и F0 по МКБ-10).

Критерии исключения: лица не входящие в рубрики F4, частично F3 и F0 по МКБ-10, не имеющие работы или находящие на пенсии, а так же пациенты не желающие принимать участие в исследовании.

Размер выборки – 80 пациентов.

Методы исследования:

- анализ статистических данных;
- наблюдение (лист сестринского наблюдения);
- анкетирование (шкала тревоги и депрессии Гамильтона и HADS).

Обработка полученных данных проводилась в программе «Статистика 6.0» и «Excel – 2007».

Ход исследования. Исследование проводилось на базе БУЗОО «КПБ им. Н.Н. Солодникова» в психотерапевтическом амбулаторном отделении с февраля 2014 года по ноябрь 2014 года.

Нами был разработан комплекс мероприятий "Медицинская сестра в психотерапии", который включал в себя следующие этапы:

1. Введение в программу подготовки вышеизложенной проблематики.
2. Использование полученных теоретических знаний и практических навыков в работе с пациентами пограничного профиля и с дозонологическими признаками.
3. Сестринская диагностика пограничных психических расстройств (с оценкой анамнеза, психического статуса с использованием шкал тревоги и депрессии Гамильтона и HADS).
4. Участие медицинских сестер в специальной программе психосоциальной реабилитации пограничных больных "Школа радости" с оценкой ее эффективности.
5. Участие медицинских сестер в специализированной школе «Профилактика эмоционального выгорания».

В целях объективизации результатов исследования были использованы следующие методы: клиничко-катамнестическое изучение пациентов и участников образовательных программ, экспериментально-психологическое исследование,

динамическое и скрининг - диагностическое с использованием психометрических шкал.

В ходе исследования были получены следующие результаты. Медицинские сестры первичных, многопрофильных и специализированных звеньев владеют навыками выявления донозологических признаков пограничных психических расстройств на низком уровне. После проведенного семинара-тренинга, который прошла 21 медицинская сестра, 68% медицинских сестер стали обращать внимание на данные симптомы в ходе сбора сестринского анамнеза и изучения жалоб и причин обращения пациентов.

В ходе бесед медицинских сестер с пациентами 86% из них стали учитывать критические возрастные периоды и описывать связь между сложными психосоциальными обстоятельствами пациентов и уровнем их психического здоровья.

При выявлении клинических признаков пограничных психических расстройств или наличия в анамнезе пациента сложных ситуаций в процессе организации комплекса программ психосоциальной реабилитации, медицинские сестры сообщали лечащему врачу о данных обстоятельствах, и при реализации полипрофессиональной помощи участвовали в процессе составления индивидуализированного плана лечения.

В ходе семинара-тренинга 21 медицинская сестра в удовлетворительной степени освоила навыки первичной психотерапевтической помощи и включила в свою повседневную работу элементы релаксационной и телесно-ориентированной психотерапии, психодраммы. Кроме того, при проведении групповой релаксационной и телесно-ориентированной терапии эти медицинские сестры включались вместе с врачами – психотерапевтами, выполняя таким образом функцию ко-терапевта. Для оценки эффективности комплексного подхода было проведено изучение динамики психоэмоционального напряжения в 2 однородных группах пациентов с тревожно-депрессивными состояниями. В первой группе (36 пациентов) психотерапию проводили только врачи, во второй (44 пациента) принимали участие медицинские сестры. В первой группе показатель депрессии в среднем снизился на $3,45 \pm 1,02$ балла, тревоги на $2,31 \pm 0,98$ балла, а во второй – на $4,23 \pm 1,13$ и $4,54 \pm 0,76$ соответственно ($p \leq 0,05$), что достоверно свидетельствует об эффективности данной технологии психиатрического сервиса с участием медицинских сестер.

В ходе проведения специализированных школ по профилактике эмоционального выгорания среди медицинских работников БУЗОО «Клиническая психиатрическая больница им. Н.Н. Солодников» с февраля 2014 года по ноябрь 2014 года ($n = 39$) было выявлено, что у 50% медицинского персонала отмечалась высокая степень эмоционального выгорания по опроснику Маслях - Джексан, (приложение 2). Занятия в школе проводились в течение 2-х недель в 3 этапа:

I этап – верификация уровня эмоционального выгорания и планирование индивидуального профилактического комплекса;

II этап – теоретическая часть – ознакомление с понятием эмоционального выгорания, признаками, стадиями и методами профилактики;

III этап – практическая часть – релаксационная психотерапия, телесно-ориентированная психотерапия (приложение 3).

Контрольное исследование показало, что эмоциональное состояние участников школы улучшилось: явления физического и психического дискомфорта практически исчезли, появилось чувство собранности и готовности к работе, и снизился уровень увольнения медицинских сестер, уровень формально выгоревших медицинских сестёр упал 2,6 раза.

Результат исследования:

1. Комплексный подход к профилактике психоэмоциональных проблем стабилизирует аффективное состояние его субъектов, способствует нормализации эмоционального фона личности и вносит существенный вклад в предотвращение пограничных психических расстройств.
2. Участие медицинских сестер в психосоциальной профилактике и реадaptации у лиц с кризисными состояниями и пограничными психическими расстройствами в значительной степени повышает эффективность лечебно-реабилитационных программ.
3. Специализированные превентивные программы, входящие в разработанный комплекс, существенно повышают профессиональное здоровье медицинских сестер и, опосредованно, эффективность функционирования медицинской организации.

Выводы:

1. Сестринская диагностика психоэмоциональных нарушений у пациентов должна проводиться на всех этапах первичной, многопрофильной и специализированной медицинской помощи.
2. Профилактические мероприятия в отношении психоэмоциональных проблем у тематических групп (лица с психосоциальными стрессами, больные с пограничными психическими расстройствами) должны проводиться на комплексной основе с активным участием медицинских сестер в контексте полипрофессиональной помощи.
3. Профилактические программы в отношении медицинских работников в любой медицинской организации должны стать неотъемлемой частью системы оздоровления медицинского персонала.

Список используемой литературы

1. Абрамова, Г.А. Психология в медицине / Абрамова Г.С., Юдчиц Ю.А. // - М.: «Кафедра - М», 1998. – С. 231 – 243.
2. Водопьянова, Н.Е. Синдром выгорания: диагностика и профилактика/Водопьянова Н.Е., Старченкова Е.С. // - СПб., 2005. – 336 с.
3. Водопьянова Н.Е., Личные смыслы как факторы противодействия синдрому профессионального выгорания/Водопьянова Н. Е., Густелева А. Н.// Материалы Первой Всероссийской научно-практической конференции «Психология психических состояний: теория и практика». – Казань: Новое знание, 2008. – С. 121 – 123.
4. Гафарова Н.В., Влияние личностных особенностей на социальную и профессиональную дезадаптацию на примере исследования медицинских работников. / Гафарова Н.В.// Вестник Южно-Уральского государственного университета. – 2011. - №42. Серия Психология. – Вып.15. – С.84-91
5. Гафарова, Н.В. Формирование адаптивных копинг-стратегий как способ профилактики профессионального выгорания у среднего медицинского персонала. /Гафарова Н.В.// Актуальные проблемы личности в современном мире: человек в трудных жизненных ситуациях: Материалы межрегиональной конференции. - Магнитогорск, 2008. – С. 96- 101.
6. Зеер Э.Ф., Сыманюк Э.Э., Психология профессиональных деструкций / Зеер Э.Ф., Сыманюк Э.Э // - М.: Академический Проект; Екатеринбург: Деловая книга, 2005. – 240 с.
7. Золотухина Л.В., Синдром профессионального выгорания у психиатров и медицинского персонала психиатрических учреждений/Золотухина Л.В., Шадрина И.В.// Проблемы исследования синдрома «выгорания» и пути его коррекции у специалистов «помогающих» профессий (в медицинской, психологической и педагогической практике): сб. науч. статей с междунар. участием. – Курск: Изд-во КГУ, 2007. – С. 62 – 65.
8. Ларенцова Л.И., Синдром эмоционального выгорания у врачей различных специальностей: психологические аспекты/Ларенцова Л.И, Барденштейн Л.М.,– М.: Медицинская книга, 2009. – 142 с.
9. Леонова А.Б., Комплексная стратегия анализа профессионального стресса: от диагностики к профилактике и коррекции /Леонова А.Б.,// Психологический журнал. – 2004. – Т. 25, № 2. – С. 75 – 85.

Госпитальная Шкала Тревоги и Депрессии (HADS)

Часть I (оценка уровня ТРЕВОГИ)

1. Я испытываю напряжение, мне не по себе
 - 3 — все время
 - 2 — часто
 - 1 — время от времени, иногда
 - 0 — совсем не испытываю
2. Я испытываю страх, кажется, будто что — то ужасное может вот — вот случиться
 - 3 — определенно это так, и страх очень велик
 - 2 — да, это так, но страх не очень велик
 - 1 — Иногда, но это меня не беспокоит
 - 0 — совсем не испытываю
3. Беспокойные мысли крутятся у меня в голове
 - 3 — постоянно
 - 2 — большую часть времени
 - 1 — время от времени и не так часто
4. Я легко могу сесть и расслабиться
 - 0 — определенно, это так
 - 1 — наверно, это так
 - 2 — лишь изредка, это так
 - 3 — совсем не могу
5. Я испытываю внутреннее напряжение или дрожь
 - 0 — совсем не испытываю
 - 1 — иногда
 - 2 — часто
 - 3 — очень часто
6. Я испытываю неуверенность, мне постоянно нужно двигаться
 - 3 — определенно, это так
 - 2 — наверное, это так
 - 1 — лишь в некоторой степени, это так
 - 0 — совсем не испытываю
7. У меня бывает внезапное чувство паники
 - 3 — очень часто
 - 2 — довольно часто
 - 1 — не так уж и часто
 - 0 — совсем не бывает

Часть II (оценка уровня ДЕПРЕССИИ)

8. То, что приносило мне большое удовольствие, и сейчас вызывает у меня такое же чувство
- 0 — определенно, это так
 - 1 — наверное, это так
9. 2 — лишь в очень малой степени, это так
- 3 — это совсем не так
10. Я способен рассмеяться и увидеть в том или ином событии смешное
- 0 — определенно, это так
 - 1 — наверное, это так
 - 2 — лишь в очень малой степени, это так
 - 0 — совсем не способен
11. Я испытываю бодрость
- 3 — совсем не испытываю
 - 2 — очень редко
 - 1 — иногда
 - 0 — практически все время
12. Мне кажется, что я стал все делать очень медленно
- 3 — практически все время
 - 2 — часто
 - 1 — иногда
 - 0 — совсем нет
13. Я не слежу за своей внешностью
- 3 — определенно, это так
 - 2 — я не уделяю этому столько времени, сколько нужно
 - 1 — может быть, я стала меньше уделять этому времени
 - 0 — я слежу за собой та же, как и раньше
14. Я считаю, что мои дела (занятия, увлечения) могут принести мне чувство удовлетворения
- 0 — точно так же, как и обычно
 - 1 — да, но не в той степени, как раньше
 - 2 — значительно меньше, чем обычно
 - 3 — совсем так не считаю
15. Я могу получить удовольствие от хорошей книги, радио — или телепрограммы
- 0 — часто
 - 1 — иногда
 - 2 — редко
 - 3 — очень редко

Шкала составлена из 14 утверждений, и включает две части: тревога (I часть) и депрессия (II часть)

Для интерпретации необходимо суммировать баллы по каждой части в отдельности:

- 0-7 баллов норма (отсутствие достоверно выраженных симптомов тревоги и депрессии)
- 8- 10 баллов субклинически выраженная тревога / депрессия
- 11 баллов и выше клинически выраженная тревога / депрессия

Например: по шкале тревоги получилось 11 баллов, по шкале депрессии -3 балла. Можно сделать вывод, что имеет место клинически выраженная тревога, а уровень депрессии находится в пределах нормы.

Или: по шкале тревоги получилось 15 баллов, по шкале депрессии – 9 баллов. Можно сделать вывод о том, что имеет место клинически выраженная тревога и субклинически выраженная депрессия.

Или: по шкале тревоги получилось 6 баллов, по шкале депрессии 7 баллов. Можно сделать вывод о том, что уровни и тревоги, и депрессии находятся в пределах нормы (т.е. суммировать баллы каждой из частей между собой не нужно!).

Каждому утверждению соответствуют 4 варианта ответа. Выберите тот из ответов, который соответствует Вашему состоянию, а затем суммируйте баллы.

Приложение 2

Опросник на выгорание (МВІ)

(авторы методики: американские психологи К. Маслач и С. Джексон.

Данный вариант адаптирован Н.Е. Водопьяновой)

Инструкция

Ответьте, пожалуйста, как часто Вы испытываете чувства, перечисленные ниже в опроснике. Для этого на бланке для ответов отметьте по каждому пункту позицию, которая соответствует частоте Ваших мыслей и переживаний: «никогда», «очень редко», «иногда», «часто», «очень часто», «каждый день».

Текст опросника

Текст опроса	Никогда	Очень редко	Иногда	Часто	Очень часто	Каждый день
1	2	3	4	5	6	7
Я чувствую себя эмоционально опустошенным						

1

2

3

4

5

6

7

После работы я чувствую себя, как «выжатый лимон»

Утром я чувствую усталость и нежелание идти на работу

Я хорошо понимаю, что чувствуют мои коллеги и стараюсь учитывать это в интересах дела

Я чувствую, что общаюсь с некоторыми коллегами без теплоты и расположения к ним

После работы мне на некоторое время хочется уединиться

Я умею находить правильное решение в конфликтных ситуациях, возникающих при общении с коллегами

Я чувствую угнетенность и апатию

Я уверена, что моя работа нужна людям

В последнее время я стала более черствой по отношению к тем, с кем я работаю

Я замечаю, что моя работа ожесточает меня

12. У меня много планов на будущее, и я верю в их осуществление

Моя работа все больше меня разочаровывает

Мне кажется, что я слишком много работаю

Бывает, что мне действительно безразлично то, что происходит с некоторыми моими подчиненными и коллегам

1

2

3

4

5

6

7

Мне хочется уединиться и отдохнуть от всего и всех
Я легко могу создать атмосферу доброжелательности и сотрудничества в коллективе
Во время работы я чувствую приятное оживление
Благодаря своей работе я уже сделал в жизни много действительно ценного
Я чувствую равнодушие и потерю интереса ко многому, что радовало меня в моей работе
На работе я спокойно справляюсь с эмоциональными проблемами

Обработка результатов

Опросник имеет 3 шкалы «эмоциональное истощение» (9 утверждений), «деперсонализация» (5 утверждений) и «редукция личных достижений» (8 утверждений).

Ответы испытуемого оцениваются:

- 0 баллов – «никогда»,
- 1 балл – «очень редко»,
- 3 балла – «иногда»,
- 4 балла – «часто»,
- 5 баллов – «очень часто»,
- 6 баллов – «каждый день».

Ключ:

«Эмоциональное истощение» - ответы «да» по пунктам 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20. (максимальная сумма баллов – 54).

«Деперсонализация» – ответы «да» по пунктам 5, 10, 11, 15, 22 (максимальная сумма баллов – 30).

«Редукция личных достижений» – ответы да по пунктам 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21 (максимальная сумма баллов – 48).

Выводы

Чем больше сумма баллов по первой и второй шкале в отдельности, тем больше у обследуемого выражены различные стороны «выгорания».

Чем меньше сумма баллов по третьей шкале, тем меньше профессиональное «выгорание».

Приложение 3

Тренинг «Профилактика эмоционального выгорания»

Цель: Сохранение психического здоровья медицинских работников.

Задачи:

- знакомство с понятием профессиональное «выгорание», с его характеристиками.
- анализ проявления признаков «выгорания», выделение источников неудовлетворения профессиональной деятельностью.
- создание условий способствующих профилактике синдрома профессионального «выгорания».
- Снятие эмоционального напряжения освоением способов саморегуляции эмоционального состояния.

Тренинг состоит из трех частей:

Первая (вводная) направлена на создание атмосферы доверия, доброжелательности и принятия участниками тренинга друг друга.

Вторая (основная) - это диагностический компонент и освоение навыков эмоциональной саморегуляции.

Третья (заключительная) направлена на формирование навыков позитивного самовосприятия и рефлексии.

I часть

Игра – приветствие «Здороваемся локтями»

Цель: Установление контакта между участниками, разрушение привычных стереотипов приветствия, развитие креативности.

Все участники рассчитываются на 1, 2, 3:

- Участники под с №1 складывают руки за головой так, чтобы локти были направлены в разные стороны;
- Участники под №2 – упираются руками в бедро, чтобы локти тоже были направлены в стороны;

- Участники под №3 – держат сложенные крест-накрест руки на груди, при этом локти развернуты в стороны. После того как участники примут исходное положение, им предлагается по сигналу (звону колокольчика) поздороваться как можно большим количеством присутствующих, назвав при этом свое имя и коснувшись друг друга локтями.

Упражнение «Порядковый счет»

Цель: Сплочение группы, формирование доверия

Это упражнение помогает установить зрительный контакт со всеми участниками. Все сидят в кругу, один человек говорит «один» и смотрит на любого участника игры, тот на кого он посмотрел, говорит «два» и смотрит на другого участника.

Мини-лекция

Деятельность медицинского работника связана с целым рядом напряженных ситуаций. Профессиональное общение с коллегами и руководством также часто связано с конфликтами по поводу нагрузок, с чрезмерным контролем со стороны администрации, перегруженностью различными поручениями. Многие медработники, сталкиваясь с подобными ситуациями, постоянно испытывают сильный стресс, связанный с необходимостью быстро принять ответственное решение. Хорошо известно, как разрушительно действует на человека длительный стресс. Необходимость все время сдерживать вспышки гнева, раздражения, тревоги, отчаяния повышает внутреннее эмоциональное напряжение, пагубно сказывается на здоровье.

Синдром профессионального “выгорания”, это процесс, развивающийся во времени. Начало “выгорания” лежит в сильном и продолжительном стрессе на работе. В этом случае, если внешние и внутренние требования к человеку превышают его собственные ресурсы, происходит нарушение равноправия его психофизического состояния. Сохраняющийся или усиливающийся дисбаланс приводит к полному истощению имеющихся эмоционально-энергетических и личностных ресурсов и “выгоранию” работающего человека.

Профессиональное “выгорание” это не медицинский диагноз, и вовсе не означает, что такое состояние присуще каждому человеку на определенном этапе его жизни и карьеры. Однако “выгорание” довольно коварный процесс и возникает в результате внутреннего накопления отрицательных эмоций без “соответствующей” разрядки или “освобождения” от них. Опасность выгорания состоит в том, что это не кратковременный эпизод, а долговременный процесс “сгорания дотла”. И человек подверженный этому синдрому мало осознает его симптомы, только начинает испытывать чувство неуверенности в себе и неудовлетворенность в личной жизни.

- Как вы думаете, какие факторы способствуют возникновению синдрома “выгорания”?

Основной фактор – это хронический стресс на рабочем месте, к которому приводят:

- предъявление завышенных требований и высокая рабочая нагрузка
- отсутствие или недостаток поддержки со стороны коллег и начальства
- недостаток вознаграждения за работу, как моральное, так и материальное
- невозможность влиять на принятие важных решений
- необходимость внешне проявлять эмоции, не соответствующие реальным (необходимость быть эмпатичным, вежливым улыбкавым)
- работа с тяжелыми людьми (агрессивными или с психоподобными поведением)
- отсутствие каких – либо интересов вне работы
- переживание несправедливости
- неудовлетворенность работой

Первый признак выгорания – эмоциональное истощение. Появляется чувство перенапряжения, эмоциональные и физические ресурсы исчерпаны, появляется чувство усталости, не проходящее после ночного сна, выходных и нередко даже после отпуска.

Вторым признаком является – личностная отстранённость. Человек перестает интересоваться профессиональной деятельностью, у него почти ничего не вызывает эмоционального отклика ни положительные, ни отрицательные.

Третьими признаками является ощущение утраты собственно эффективности и падение самооценки. Человек не видит перспектив в своей профессиональной деятельности, снижается удовлетворения работой. Низкая самооценка, вина, депрессия указывают на низкую эмоциональную грамотность.

II часть

Упражнение «Я – дома, я – на работе»

Инструкция: Разделить лист пополам. Составить 2 списка определений (как можно больше) «Я – дома», «Я – на работе». Как вариант можно предложить составить списки определений «Дома я никогда», «На работе я никогда». Это позволит выйти на имеющиеся стереотипы поведения, мышления.

Проанализировать:

- похожие черты,
- противоположные черты
- одинаковые качества, проявляющиеся в разных модальностях
- отсутствие общих черт
- какой список, было составлять легче; какой список получился объемнее?
- каково ваше отношение к тому, что в характеристиках есть заметные различия и т. д.

Упражнение “Маска гнева”

Алгоритм релаксации мышц может быть следующим.

Инструкция: Сидя или стоя. С медленным вдохом постепенно нахмурить брови, стремясь сблизить их как можно более сильно. Задержать дыхание не более чем на секунду, с выдохом опустить брови.

Дыхательные упражнения с тонизирующим эффектом

Упражнение “Отдых” - Исходное положение — стоя, выпрямиться, поставить ноги на ширину плеч. Вдох. На выдохе наклониться, расслабив шею и плечи так, чтобы голова и руки свободно свисали к полу. Дышать глубоко, следить за своим дыханием. Находиться в таком положении в течение 1—2 минут. Затем медленно выпрямиться.

Упражнение “Замок”

Исходное положение — сидя, корпус выпрямлен, руки на коленях, в положении “замок”. Вдох, одновременно руки поднимаются над головой ладонями вперед. Задержка дыхания (2— 3 секунды, резкий выдох через рот, руки падают на колени.

Упражнение “Напряжение - расслабление”

Участникам предлагается сосредоточить внимание на правой руке, напрягая ее до предела. Через несколько секунд напряжение сбросить, руку расслабить. Прodelать аналогичную процедуру поочередно с левой рукой, правой и левой ногами, поясницей, шеей.

III часть

Притча. В начале урока профессор поднял стакан с небольшим количеством воды. Он держал этот стакан, пока все студенты не обратили на него внимание, а затем спросил: "Сколько, по-вашему, весит этот стакан?" - "50 грамм!", "100 грамм!", "125 грамм!" - предполагали студенты.

- Я и сам не знаю, - продолжил профессор, чтобы узнать это, нужно его взвесить.
- Но вопрос в другом: что будет, если я подержу так стакан в течение нескольких минут?
- Ничего, - ответили студенты.
- Хорошо. А что будет, если я подержу этот стакан в течение часа? - снова спросил профессор.
- У вас заболит рука, - ответил один из студентов.
- Так. А что будет, если я, таким образом, продержу стакан целый день?
- Ваша рука окаменеет, вы почувствуете сильное напряжение в мышцах, и вам даже может парализовать руку, и придется отправить в вас больницу- сказал один студент.

- Очень хорошо, - невозмутимо продолжал профессор, - однако изменился ли вес стакана в течение этого времени?
- Нет, - был ответ. - Тогда откуда появилась боль в плече и напряжение в мышцах?

Студенты были удивлены и обескуражены.

- Что мне нужно сделать, чтобы избавиться от боли? - Спросил профессор.
- Опустить стакан, - последовал ответ из аудитории.
- Вот, - воскликнул профессор, - точно так же происходит и с жизненными проблемами и неудачами.

Будете держать их в голове несколько минут - это нормально. Будете думать о них много времени, начнете испытывать боль. А если будет продолжать думать об этом долгое, продолжительное время, то это начнет парализовать вас, т. е. вы не сможете ничем другим заниматься. Важно обдумать ситуацию и сделать выводы, но еще важнее отпустить эти проблемы от себя в конце каждого дня, перед тем как вы идете спать. И таким образом, вы без напряжения каждое утро сможете просыпаться свежими бодрыми и готовыми справиться с новыми жизненными ситуациями. Опустите стакан!

Упражнение “Передача чувств”

Участники встают в затылок друг за другом. Последний поворачивает предпоследнего и передает ему мимикой какое-либо чувство (радость, гнев, печаль, удивление и т. п.). Второй человек должен передать следующему это же чувство. У первого спрашивают, какое чувство он получил, и сравнивают с тем, какое чувство было послано вначале.

Упражнение релаксации

Презентация «Красота воды». Рефлексия: Сейчас я Вас попрошу поделиться своими эмоциями, впечатлениями от проведенного тренинга и скажите, пожалуйста, свои пожелания по кругу.

Лечебная физическая культура с использованием фитбола для развития равновесия у дошкольников с ДЦП

Гайнуллина Д.Т.,
медицинская сестра по массажу
отделения реабилитации №2 БУЗОО «ЦМР»

Научный руководитель: Синельникова Т.В.,
доцент кафедры физического воспитания
"ОмГУ им. Ф.М. Достоевского", к.п.н.

Актуальность темы. В структуре детской инвалидности детский церебральный паралич (ДЦП) занимает лидирующее положение. ДЦП – органическое поражение мозга, возникающее в периоде внутриутробного развития, в родах или в период новорожденности и сопровождающееся двигательными, речевыми и психическими нарушениями. Особенно значимы и сложны нарушения регуляции тонуса (К.А. Семенова, 2001; О.А. Бадалян, 2005).

Детский церебральный паралич (ДЦП) – заболевание, вызывающее нарушение двигательной активности и неестественное положение тела. С одной стороны, нет способа лечения, дающего возможность восстановить поврежденный мозг. Однако если работать по научно-обоснованной программе, то нервная система, находящаяся в неповрежденном состоянии, может выполнять все свои функции (Н.А. Гросс, 2000; И.Ю. Левченко, О.Г. Приходько, 2001 и др.).

Реакция равновесия в сочетании со статокинетическими рефлексамы составляют основу развития двигательных функций. Анализ научно-методической литературы показал, что в настоящее время большое внимание уделяется физкультурным занятиям у дошкольников с ДЦП. Вместе с тем, недостаточно работ, направленных на исследование развития равновесия у дошкольников с ДЦП на занятиях лечебной гимнастикой.

Цель исследования – обоснование методики развития равновесия у детей с ДЦП на занятиях лечебной гимнастикой с применением фитбола.

Гипотеза исследования: предложенная нами методика развития равновесия позволит улучшить координационные способности у дошкольников с ДЦП.

Задачи исследования:

- 1) Изучить научно-методическую литературу по вопросам развития равновесия у дошкольников с ДЦП.
- 2) Разработать и обосновать методику развития равновесия у дошкольников с ДЦП с применением фитбола.
- 3) Экспериментально доказать эффективность методики развития равновесия у дошкольников с ДЦП.

Методы исследования: анализ научно-методической литературы, педагогическое тестирование, педагогическое исследование, методы математической статистики, медико-биологические методы исследования (Поза Ромберга, тест «Фламинго», проба Яроцкого, «шагающий» тест).

Исследование проводилось в три этапа. На первом этапе осуществлялся анализ научно-методической литературы, подбирались методы исследования. На втором этапе проводилось педагогическое исследование: подбор и апробирование специальной методики развития равновесия у детей с ДЦП, направленной на нормализацию двигательных функций у детей с ДЦП, оценка равновесия на начальном и конечном этапах исследования. На третьем этапе – обработка полученных результатов. Исследование проводилось на базе БУЗОО «Центр восстановительной медицины и реабилитации». В исследовании участвовало 16 детей в возрасте 6-7 лет с гемипаретической формой церебрального паралича из числа пациентов центра, при этом достоверных различий изучаемых показателей между мальчиками и девочками выявлено не было. Далее все испытуемые были разделены на 2 группы:

- основная группа – занятия проводились на основе разработанной методики развития равновесия у детей с ДЦП с применением футбола;
- контрольная группа – занятия осуществлялись по традиционной методике развития двигательных функций у детей с ДЦП Н.Н. Ефименко.

Основная форма проведения занятий – индивидуальная. Занятия для каждого из детей проводились 5 раз в неделю на протяжении 20 дней в рамках часов ЛФК и индивидуальной коррекции. Длительность занятий составляла 30 минут. Вариативность упражнений существенно зависела от степени тяжести дефекта, оказывающей влияние на объем активных движений ребенка, количество повторений – от 3-4 до 15 раз.

Разработанная методика лечебной гимнастики включала следующие группы упражнений:

- 1) упражнения на расслабление, ритмичные пассивные потряхивания конечностей, маховые движения, динамические упражнения;
- 2) пассивно-активные и активные упражнения из облегченных исходных положений (сидя, лежа);
- 3) упражнения с предметами под музыку; переключение на новые условия деятельности; развитие выразительности движений; упражнения в различных видах ходьбы; упражнения для головы (в И.П. – сидя и стоя);
- 4) принятие правильной осанки у опоры со зрительным контролем; упражнения в различных исходных положениях перед зеркалом;
- 5) футбол-гимнастику.

Главной особенностью усовершенствованной методики развития равновесия у детей с ДЦП с применением футбола, является использование мяча, как основополагающего элемента, на котором строится все занятие. Разнообразие

упражнений происходит за счет использования в упражнениях мяча с дополнительными предметами: игрушками, спортивными снарядами. Кроме того, существенно расширяются вариации исходных положений.

Для оценки эффективности методики развития равновесия у дошкольников с ДЦП было проведено тестирование детей в возрасте 6-7 лет. После проведения исследования в обеих группах наблюдалась положительная динамика. В то же время, в основной группе отмечены достоверные изменения практически во всех изучаемых нами показателях. В контрольной группе достоверных изменений изучаемых показателей не выявлено.

Анализ результатов исследования показал следующее: по всем показателям темпы прироста после проведения курса реабилитации в основной группе выше, чем в контрольной. Сравнивая полученные результаты оценки равновесия, важно отметить статистическую значимость межгрупповых различий по следующим показателям: проба Ромберга, тест «Фламинго», оценка походки и «шагающий» тест (рис. 1). Оценивая полученные результаты, можно заключить, что разработанная нами методика развития равновесия у дошкольников с ДЦП способствовала более качественному улучшению двигательных навыков обследуемых, чем стандартная методика.

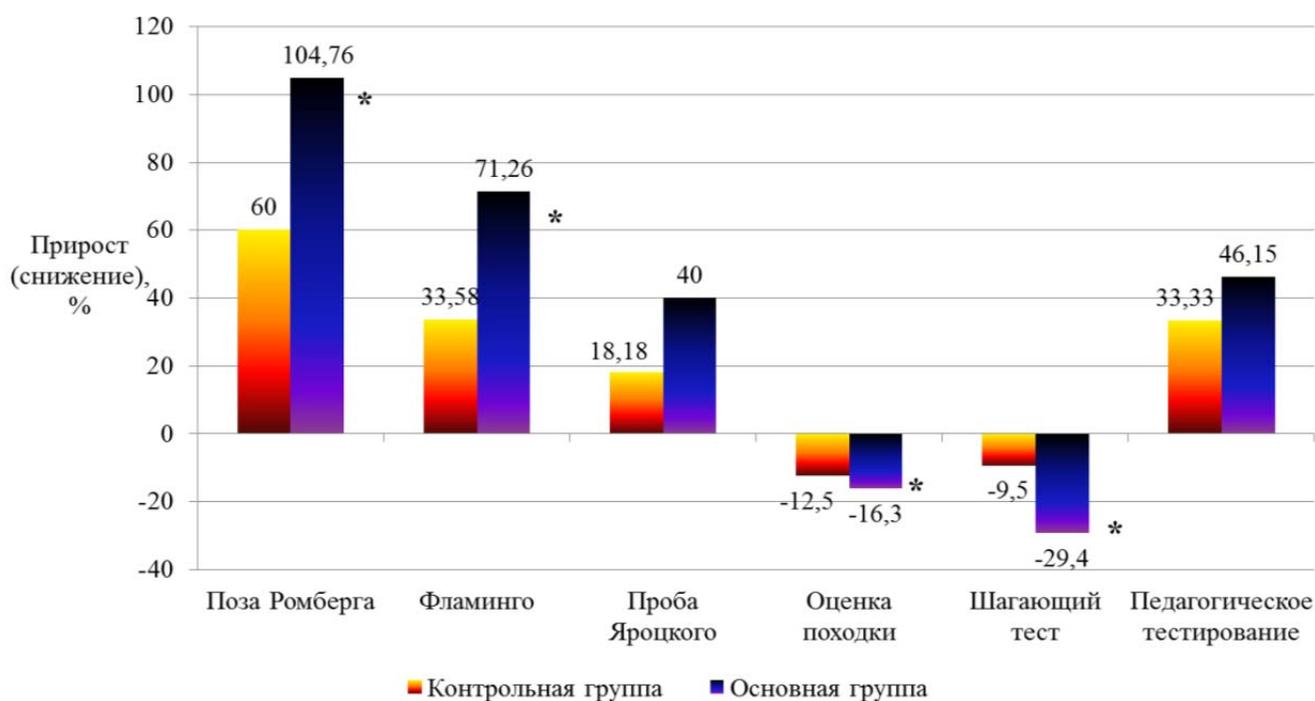


Рисунок 1 - Эффективность разработанной методики

Выводы:

1. Анализ научно-методической литературы показал, что ранняя и систематическая коррекция нарушений равновесия у дошкольников с ДЦП, осуществляемая в едином комплексе лечебно-педагогических мероприятий, способствует

предупреждению и преодолению многих осложняющих нарушений и выявлению компенсаторных возможностей детского мозга. Вместе с тем отмечается, что существующие методики развития равновесия у детей дошкольного возраста редко подходят для дошкольников с ДЦП, поскольку не учитывают особенности физического развития данной категории детей.

2. Использование методики развития равновесия для дошкольников с ДЦП, усовершенствованной элементами фитбол-гимнастики, позволяет разнообразить занятия, вносит эмоциональный разряд, способствует активному вовлечению занимающегося в лечебно-педагогический процесс, что значительно повышает эффективность реабилитационных мероприятий.

3. Статистически значимые различия в приросте показателей ($p \leq 0,05$) по пробе Ромберга и тесту «Фламинго» в основной группе указывают на то, что фитбол-гимнастика более эффективна в отношении развития равновесия у детей с ДЦП по сравнению со стандартной методикой. Достоверно более высокие темпы снижения показателей оценки походки и «шагающего теста» в основной группе, по сравнению с контрольной, говорят о том, что разработанная методика ЛФК позволяет добиться лучшего эффекта в развитии координационных способностей дошкольников с ДЦП.

Таким образом, усовершенствованная методика ЛФК для развития равновесия у дошкольников с ДЦП способствовала более качественному улучшению двигательных навыков обследуемых, чем стандартная методика, что позволяет рекомендовать ее в качестве компонента ЛФК в реабилитации детей дошкольного возраста с ДЦП.

Практические рекомендации:

1. Применяя фитбол в качестве основного средства ЛФК, следует использовать его во всех частях занятия: подготовительной, основной, заключительной. Разнообразие занятия достигается за счет применения фитбола в сочетании с дополнительными предметами (мягкими игрушками, корзинами, кубиками, пирамидками, кольцами, маленькими мячами)

2. Развивая равновесие у детей с ДЦП посредством фитбола следует учесть сохранению правильной осанки при выполнении упражнений с покачиваниями на фитболе; при уменьшении площади опоры; используя различные и.п. на фитболе (лежа на фитболе на спине, на животе, сидя на фитболе, сидя на фитболе на коленях, стоя с опорой на фитбол).

3. Упражнения на фитболе необходимо применять с учетом тяжести дефекта: при тяжелой степени дефекта следует развивать равновесие параллельно с нормализацией тонуса и моторики ребенка, формированием предметной деятельности, развитием манипулятивной функции. У детей со средней тяжестью дефекта следует развивать равновесие параллельно с ручной умелостью и двига-

тельными навыками. При легкой степени тяжести дефекта сосредоточиться необходимо на развитии двигательных навыков.

4. Для развития движений рук следует включать в занятие элементы самомассажа кистей и пальцев рук. Самомассаж выполняется в и.п. сидя на фитболе с речевым сопровождением (чтение коротких стихотворений).

5. В занятия по развитию равновесия у детей с ДЦП следует включать упражнения на расслабление и растягивание мышц с применением фитбола.

6. В упражнениях на развитие равновесия у детей с ДЦП на фитболе особое внимание следует уделять страховке и само страховке, особенно в и.п. лежа или сидя на мяче. Следует следить за состоянием ребенка: во время упражнения он не должен испытывать боль или психологический дискомфорт.

Список использованной литературы

1. Абрамович-Лехтман Р.Я., Психологическая помощь детям с церебральными параличами /Абрамович-Лехтман Р.Я.// Лечебная помощь детям с церебральными параличами: Труды НИИ им. Турнера Г.И., – СПб: Изд-во НИИ им. Турнера Г.И., 2002. – С. 122-127.
2. Частные методики адаптивной физической культуры: Учебное пособие/Шапкова Л.В., – М.: Советский спорт, 2003. – 267 с.
3. Белая Н.А., Лечебная физкультура и массаж / Белая Н.Е., – М.: Советский спорт, 2001. – 324 с.
4. Болезни нервной системы: Руководство для врачей: в 2 т. Т. 2 / под ред. Яхно Н.Н., Штульмана Д.Р., – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Медицина, 2001. – 480 с.
5. Гусейнова А.А., Основные направления коррекционно-педагогической работы с дошкольниками с тяжелыми двигательными нарушениями /Гусейнова А.А. // Воспитание и обучение детей с нарушениями развития. – 2004. – № 2. – С. 27-30.
6. Дубровский В.И., Спортивная медицина : учеб. для студ. высш. учеб. заведений/ Дубровский В.И., – 2-е изд., доп. – М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2002. – 512 с.
7. Ипполитова М.В., К вопросу о преодолении пространственно-временных нарушений у детей с церебральным параличом / Ипполитова М.В. // Специальная школа. – 2001. – № 3. – С. 8-12.
8. Калюжнова И.А., Лечебная физкультура /Калюжнова И.А, Перепелова О.В., – М.: Феникс, 2010. – 352 с.
9. Калюжнова И.А., Лечебная физкультура и оздоровительная гимнастика. Домашний справочник / В.А., Перепелова О.В., – М.: Феникс, 2009. – 256 с.
10. Качесов, В.А. Основы интенсивной реабилитации ДЦП / Качесов В.А., – М.: ЭЛБИ-СПб, 2003. – 128 с.

11. Клиническая детская неврология / под ред., Петрухина А.С., – СПб.: Медицина, 2008. – 1096 с.
12. Ланда Б.Х., Методика комплексной оценки физического развития и физической подготовленности / Ланда Б.Х., – М.: Сов. спорт, 2004. – 192 с.
13. Лечебная физкультура и врачебный контроль: учебник / под ред. Епифанова В.А, Апанасенко Г.Л. – М.: Медицина, 2000. – 368 с.
14. Медведева Л., Использование гимнастических мячей при нарушениях осанки детей /Медведева Л., Баранова В.// Дошкольное воспитание. – 2005. – № 6. – С. 77-81.
15. Неврология для врачей общей практики / под ред. Гинсберг Л., М.: Бином. Лаборатория знаний, 2010. – 336 с.
16. Панов В.А., Методика развития координационных способностей детей 7 лет на основе применения стандартной тренировочной программы /Панов В.А., – М.: ФиС, 2006. – 98 с.
17. Семенова К.А., Восстановительное лечение детей с перинатальными поражением нервной системы и детским церебральным параличом /Семенова К.А., – М.: Закон и порядок, 2007. – 224 с.

Снижение количества венепункций у пациентов при проведении процедуры дискретного плазмафереза

Егорова А.Ю.,
старшая медицинская сестра отделения
реанимации и интенсивной терапии №4
БУЗОО «ГКБ №1 им Кабанова А.Н.»

Научный руководитель: Лапшин С.П.,
заведующий ОРИТ №4
БУЗОО «ГКБ №1 им. Кабанова А.Н.»,
врач анестезиолог – реаниматолог, к.м.н.

Актуальность темы. Инфузионная терапия является неотъемлемой частью современного лечебного процесса и наиболее часто используемым инвазивным методом лечения, без которого невозможно качественное проведение методик экстракорпоральной гемокоррекции. Методы, обеспечивающие изменения компонентного состава крови вне тела пациента, считаются в настоящее время необходимой частью программ активной детоксикации и применяются в лечении широкого круга острых состояний и хронических заболеваний [1]. В современной

клинической практике с успехом используются различные модификации плазмафереза.

Термин «плазмаферез» (от греческого «apheresis» - удаление) (ПА) был предложен в начале прошлого столетия. В 1914 году Д. Абель сформулировал идею санации организма за счет удаления плазмы вместе с содержащимися в ней патогенетически значимыми субстанциями. Относительная простота, а также патогенетическая обоснованность применения плазмафереза при лечении заболеваний, не поддающихся эффективной медикаментозной терапии, обеспечили популярность этой методики [5].

Процедура плазмафереза состоит из нескольких этапов: взятие у пациента цельной крови, последующее разделение её на компоненты, выделение необходимого компонента (плазмы) и возврат всех остальных компонентов в кровеносное русло. Во время проведения операции дискретного плазмафереза за одну процедуру удаляется 30 – 40 % ОЦП (объема циркулирующей плазмы) (1000 – 1200 мл). Для нормализации внутренней среды организма плазмаферез предусматривает не только удаление определенного объема плазмы, но и его адекватное замещение разного рода кровезаменителями. Объем циркулирующей плазмы компенсируется сочетанным введением кристаллоидных и коллоидных растворов в двойном объеме по отношению к удаленной плазме [5]. Инфузионная терапия позволяет, как значительно потенцировать специфическое действие операции плазмафереза, так и нивелировать отрицательные эффекты вмешательства [1].

Сосудистый доступ при проведении инфузионной терапии осуществляется посредством пункции или катетеризации периферических вен. В связи с проведением длительной инфузионной терапии, которая включает предперфузионную подготовку, возврат компонентов крови в кровеносное русло и замещение удаленного объема плазмы, сохраняется актуальность проблемы повторных венепункций, что связано с риском развития возможных осложнений и тяжело переносится пациентами.

Цель исследования: повысить качество и безопасность проведения инфузионной терапии за счет снижения количества повторных венепункций у пациентов при проведении процедуры дискретного плазмафереза.

Задачи исследования:

1. Провести сравнительный анализ количества выполняемых венепункций классическим игольным методом и с помощью периферического венозного катетера.
2. Снизить потенциальную опасность для пациентов, связанную с высоким риском развития осложнений, за счет уменьшения числа травмирующих манипуляций.
3. Выявить и проанализировать влияние конструктивных особенностей расходного материала (иглы, периферического венозного катетера) на уровень пси-

хологической нагрузки у пациентов при проведении процедуры дискретного плазмафереза.

Дизайн исследования:

В группу для исследования вошли 30 человек, что составило 23% от общего числа пациентов, которым проводилось лечение методом дискретного плазмафереза.

Критерии включения. Пациенты в возрасте 25 – 50 лет, вне зависимости от пола и социального положения, поступившие на лечение в отделение реанимации и интенсивной терапии №4, которым проводилось лечения методом дискретного плазмафереза.

Критерии исключения. Пациенты в возрасте до 25 лет и старше 50 лет, пациенты с тяжелой сопутствующей патологией (сахарный диабет, цирроз печени, тяжелый алкоголизм), отказ от участия в исследовании, участие в другом исследовании.

Вошедшие в исследование пациенты были разделены на 2 группы с различной методикой венепункции:

1 группа (основная) $N_1 = 15$ пациентов, у которых при проведении курса дискретного плазмафереза для обеспечения венозного доступа использовали периферические венозные катетеры.

2 группа (группа сравнения) $N_2 = 15$ пациентов, у которых при проведении курса дискретного плазмафереза для обеспечения венозного доступа использовали классический игольный метод.

Практическая значимость

В результате сравнительного анализа осложнений различных видов сосудистого доступа нами установлено снижение риска развития осложнений при использовании периферического венозного катетера, за счёт уменьшения числа травмирующих манипуляций.

В результате исследования установлено повышение качества жизни пациентов за счет снижения психологической нагрузки во время операции дискретного плазмафереза при проведении инфузионной терапии с использованием периферического венозного катетера.

Данные исследования обосновывают необходимость разработки рекомендаций по подготовке и проведению безопасной инфузионной терапии при проведении процедуры дискретного плазмафереза.

Материалы и методы исследования

Исследование проводилось на базе отделения реанимации и интенсивной терапии №4 (гравитационной хирургии крови) ГKB №1 имени Кабанова А.Н., в период с 09.06.2013 года по 31.01.2014 года. В отделении реанимации и интенсивной терапии №4 за 2013 год было проведено 1062 операции экстракорпо-

ральной гемокоррекции, из них 601 операция дискретного плазмафереза, что составляет 56% от общего числа методик.

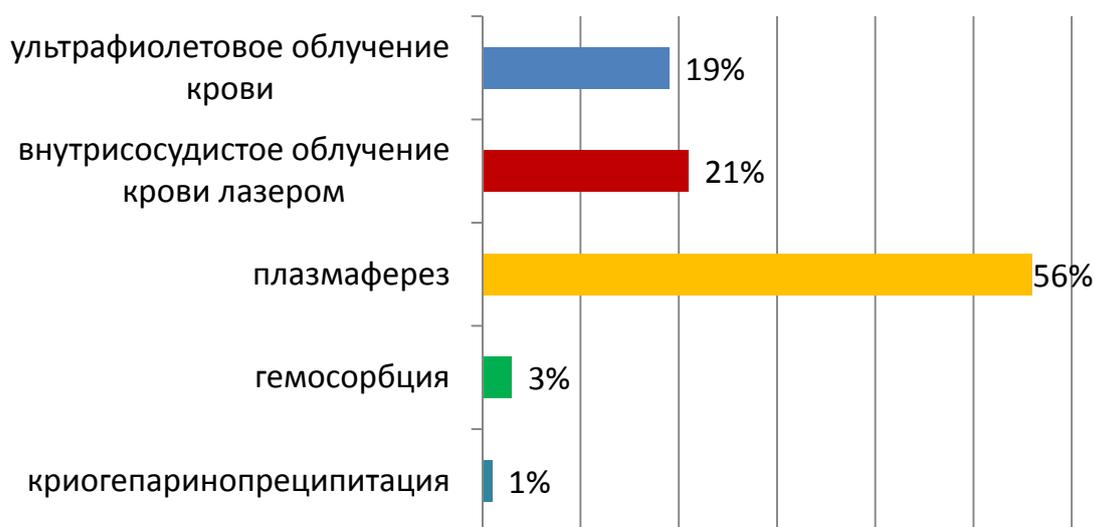


Рисунок 1 – Количество операций экстракорпоральной гемокоррекции, проведенных в ОРИТ №4 в 2014 г.

Для определения количества венепункций и выявления особенностей обеспечения венозного доступа при проведении процедуры дискретного плазмафереза использовали листы наблюдения за венозным доступом игольным методом¹ и с помощью периферического венозного катетера² [3]. Листы наблюдения заполнялись на каждую процедуру дискретного плазмафереза с использованием шкалы оценки флебита и шкалы оценки инфильтрации³ [3].

С целью сравнения показателей уровня качества жизни, пациентам обеих групп было предложено ответить на вопросы опросника SF-36⁴ в начале и в конце курса лечения методом дискретного плазмафереза.

Все пациенты, включенные в исследование, дали добровольное медицинское согласие на данное исследование, согласованное с этическим комитетом Совета по сестринскому делу ГКБ №1 им. Кабанова А.Н., не противоречащим Этическому кодексу медицинской сестры России. Права пациентов защищены конституцией Российской Федерации от 12.12.1993 года, Федеральным законом РФ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и Законом РФ «О защите прав потребителей» от 07.02.1992 года № 2300 – 1.

Для проведения исследования осуществили сбор анамнеза, визуальное наблюдение и математическую обработку данных.

Результаты исследования

В процессе проведения опроса основной группы и группы сравнения с помощью опросника SF-36 в первый день исследования выявлены следующие результаты:

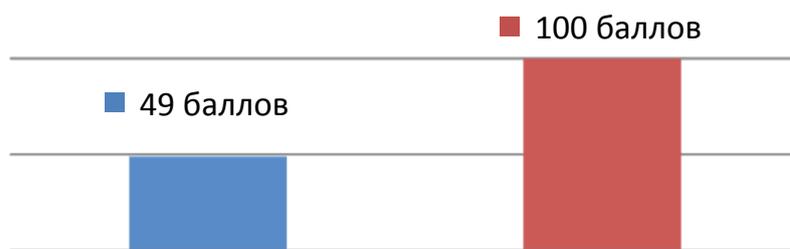


Рисунок 2 – Результаты оценки качества жизни пациентов по опроснику SF – 36 в 1-й день исследования. Показатель «Физический компонент здоровья»

¹ «Лист наблюдения за периферическим венозным доступом игольным методом» разработанный нами на основе «Листа наблюдения за периферическим венозным катетером».

² «Лист наблюдения за периферическим венозным катетером» разработанный ООО «Ассоциацией медицинских сестер России» [4].

³ «Шкала оценки флебита» и «Шкала оценки инфильтрации» разработанные ООО «Ассоциацией медицинских сестер России» [4].

⁴ SF-36 относится к неспецифическим опросникам для оценки качества жизни, он широко распространен в США и странах Европы при проведении исследований качества жизни. Перевод на русский язык и апробация методики была проведена Институтом клинико-фармакологических исследований (Санкт-Петербург).

Показатель «Физический компонент здоровья» составил 49 баллов, что свидетельствует о его достаточно сниженном уровне (в норме данный показатель равен 100 баллам).

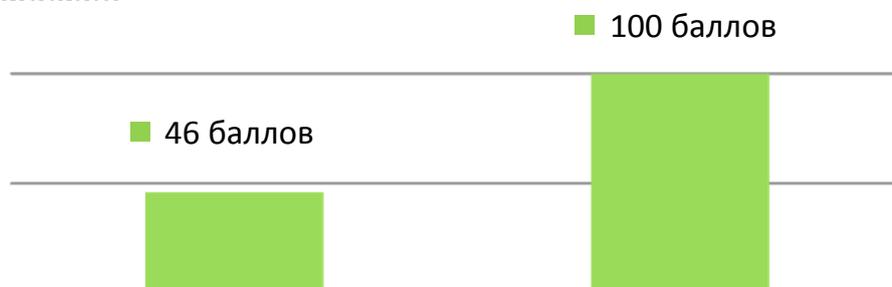


Рисунок 3 – Результаты оценки качества жизни пациентов по опроснику SF – 36 в 1-й день исследования. Показатель «Психологический компонент здоровья»

Показатель «Психологический компонент здоровья» составил 46 баллов, что также отражает достаточно низкий уровень психического благополучия (в норме данный показатель равен 100 баллам).

У пациентов, которым назначен курс лечения методом дискретного плазмафереза, значительно снижены показатели качества жизни, это обусловлено их основным заболеванием.

Для определения количества венепункций при проведении инфузионной терапии с использованием различных видов венозного доступа проведено сравнительное исследование.

Количество проведенных операций плазмафереза в основной группе и группе сравнения составило 72 процедуры. Количество венепункции у пациентов из основной группы составило – 78, а из группы сравнения – 109.

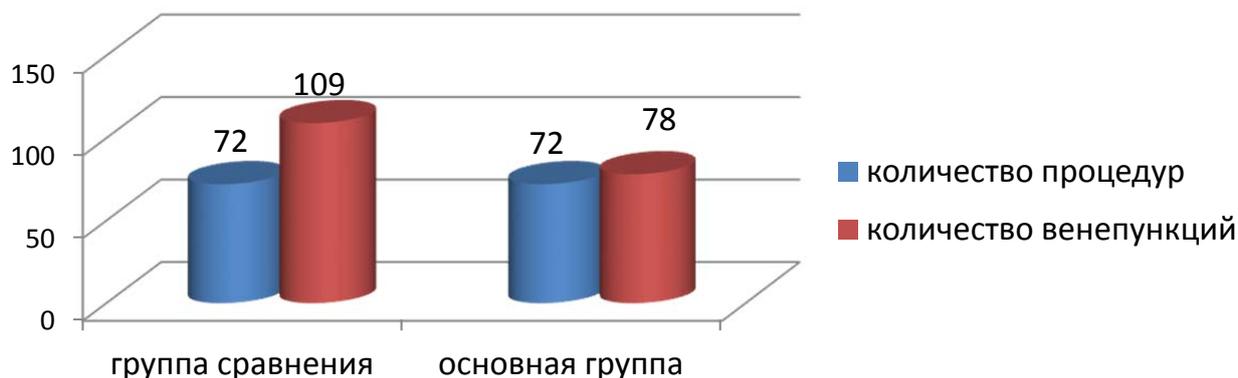


Рисунок 4 – Сравнительная оценка количества венепункций, выполненных различными методами

Полученные результаты доказывают, что проведение инфузионной терапии с использованием периферического венозного катетера ведет к снижению количества повторных венепункций во время операции дискретного плазмафереза.

При выявлении проблем, связанных с обеспечением венозного доступа, и анализе развития осложнений во время процедуры дискретного плазмафереза были зафиксированы следующие результаты:

Наименование осложнения	Количество осложнений	
	Основная группа	Группа сравнения
непопадание в вену	4	7
сквозная перфорация вены	1	5
дислокация иглы из вены	-	12
флебит	-	-
инфильтрация	1	13
всего:	6	37

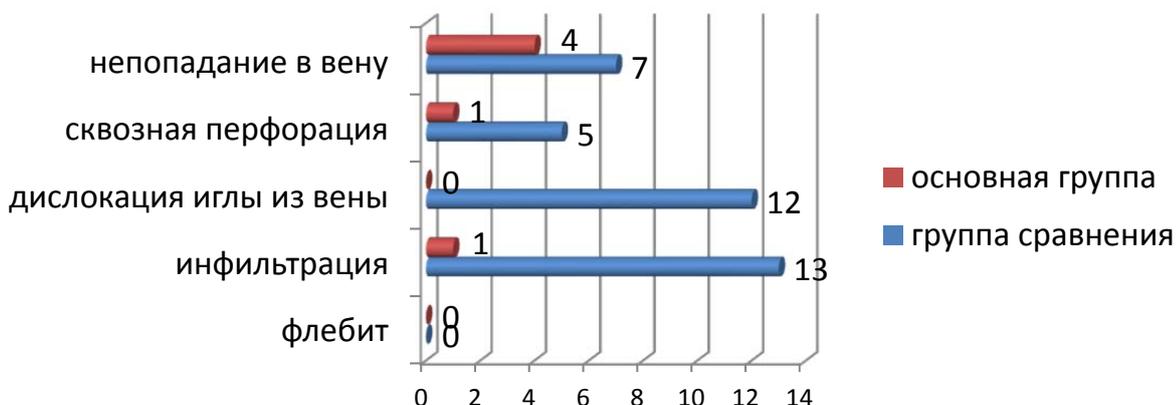


Рисунок 5 – Сравнительная характеристика количества осложнений после венепункций в основной группе и группе сравнения

При обработке результатов было выяснено, что количество осложнений в группе сравнения значительно преобладает над количеством осложнений в основной группе. Анализ развития осложнений установил, что при проведении инфузионной терапии во время операции дискретного плазмафереза с использованием игольного метода имеется значительно больший риск развития осложнений из-за дислокации иглы из вены, из-за невозможности проведения длительной инфузионной терапии и необходимости в частых повторных пункциях вен, что также связано с развитием возможных осложнений. Инфузионная терапия через периферический венозный катетер практически не вызывает осложнений при соблюдении основных условий: должен быть обеспечен безупречный уход за катетером; метод должен применяться не от случая к случаю, а стать постоянным и привычным.

По окончании курса лечения методом дискретного плазмафереза, повторно оценили качество жизни пациентов обеих исследуемых групп с помощью опросника SF – 36. Выявлены следующие результаты:

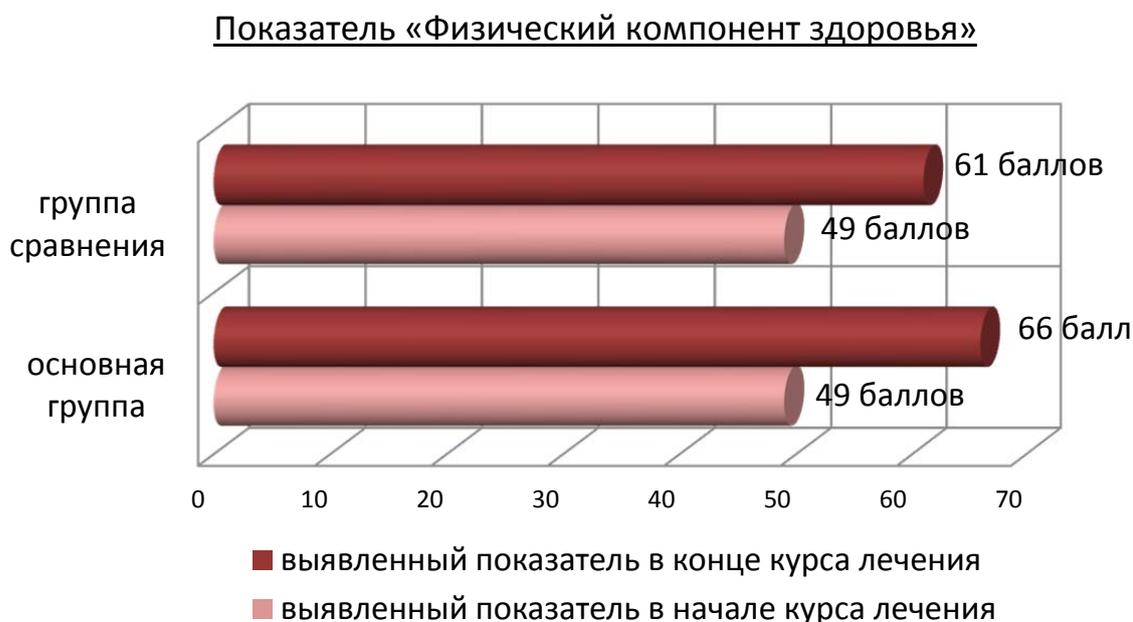
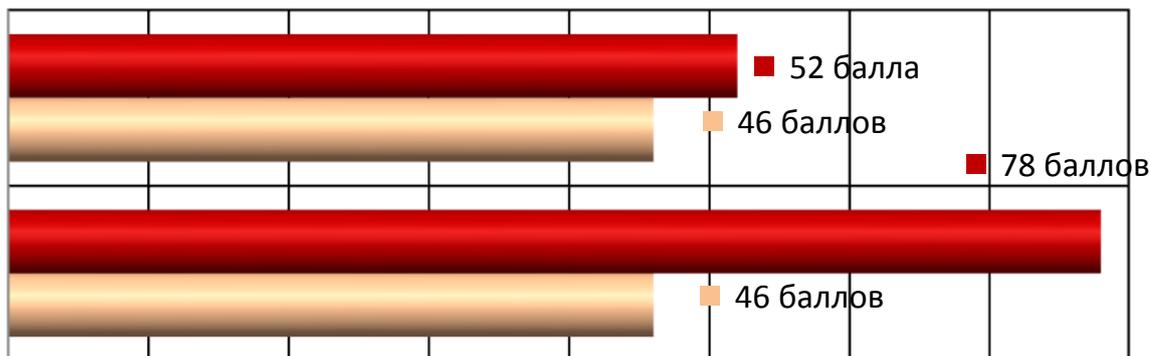


Рисунок 6 – Сравнительная оценка качества жизни пациентов по опроснику SF – 36 в начале и в конце курса лечения методом дискретного плазмафереза

В конце курса лечения показатель «Физический компонент здоровья» незначительно увеличился в основной группе и группе сравнения, с преобладанием на 5 баллов в основной группе. Произшедшие изменения связаны с оказанием медицинской помощи по поводу основного заболевания.

Показатель «Психологический компонент здоровья»



■ выявленный показатель в конце курса лечения

■ выявленный показатель в начале курса лечения

Рисунок 7 – Сравнительная оценка качества жизни пациентов по опроснику SF – 36 в начале и в конце курса лечения методом дискретного плазмафереза

Наблюдается повышение показателя «Психологический компонент здоровья» в основной группе на 32 балла, это свидетельствует о его значительном улучшении, в группе сравнения получили незначительное повышение показателя на 6 баллов. Полученные результаты свидетельствуют, что инфузионная терапия во время операции дискретного плазмафереза с помощью игольного метода, сопровождается эмоциональными переживаниями пациентов, связанными с высоким риском развития осложнений, невозможности проведения длительной инфузионной терапии, необходимости в частых повторных пункциях вен, что тяжело переносится пациентами. А проведение инфузионной терапии через периферический венозный катетер предполагает надежный и эффективный венозный доступ, минимизирует психологическую нагрузку на пациентов, обеспечивая двигательную активность и комфорт пациента во время операции дискретного плазмафереза.

Выводы.

Проведение инфузионной терапии с использованием периферического венозного катетера позволило:

- снизить количество выполняемых венепункций при проведении процедуры дискретного плазмафереза
- уменьшить потенциальную опасность для пациентов, связанную с риском развития осложнений инфузионной терапии во время процедуры дискретного плазмафереза,
- минимизировать психологическую нагрузку на пациентов, обеспечивая двигательную активность, свободное положение и комфорт во время процедуры дискретного плазмафереза.

Заключение

Инфузионная терапия во время проведения дискретного плазмафереза посредством периферического венозного катетера – это неотъемлемая часть современного лечебного процесса. Проведение инфузионной терапии через иглу должно рассматриваться как устаревшая технология, приводящая к частым повторным венепункциям и высокому риску развития осложнений во время процедуры дискретного плазмафереза.

Список использованной литературы

1. Кирковский В.В., Физико-химические коррекции гемостаза. Монография. – М.: Издательский дом «Русский врач», 2012. – 216 с.
2. Либман О.Л., Существующие российские практики обеспечения периферического венозного доступа. Результаты проведенного опроса на семинаре «Академия правильной инфузии» в Санкт-Петербурге// Журнал «Вестник Ассоциации медицинских сестер России» - 2011. - № 3/3 – с.28.
3. Методические рекомендации по обеспечению и поддержанию периферического венозного доступа: руководство для медицинских сестер.//Общероссийская общественная организация «Ассоциация медицинских сестер России». – Санкт-Петербург: ООО «Береста» - 2012. – 20с.
4. Сыров А.В., Матвеева Е.М, Гирина О.Г., Применение периферических венозных катетеров в клинической практике//Журнал «Трудный пациент» - 2011. - № 10 – с. 25.
5. Трансфузиологическая гемокоррекция: учебное пособие для врачей //под редакцией Рамшова А.А., – М.: Практическая медицина. – 2008. – 597с.: ил.
6. Федеральный закон РФ № 323 от 01.01.12 г. "Об охране здоровья граждан в РФ".
7. Этический кодекс медицинской сестры России. Ассоциация медицинских сестёр России. СПб.: 2010.-28с.

Лист наблюдения за периферическим венозным доступом игольным методом

Ф.И.О. пациента _____

Номер истории болезни _____

Размер иглы _____

Место установки иглы (нужное подчеркнуть): вены кисти, вены предплечья, вены в области локтевого сгиба, вены плеча, вены нижних конечностей

Дата установки _____ Время установки _____

Дата удаления _____ Время удаления _____

Причина удаления (нужное подчеркнуть): окончание инфузионной терапии, развитие осложнений _____

Процедура	Дата						
Оценка места венепункции по Шкале флебитов (отметить)	0	0	0	0	0	0	0
	1	1	1	1	1	1	1
	2	2	2	2	2	2	2
	3	3	3	3	3	3	3
	4	4	4	4	4	4	4
Оценка по Шкале инфильтрации (отметить)	0	0	0	0	0	0	0
	1	1	1	1	1	1	1
	2	2	2	2	2	2	2
	3	3	3	3	3	3	3
	4	4	4	4	4	4	4
Промывание (указать время)							
Замена повязки (отметить)	да	да	да	да	да	да	да
	нет	нет	нет	нет	нет	нет	нет
Комментарии							
Фамилия медработника и подпись							

Лист наблюдения за периферическим венозным катетером

Ф.И.О. пациента _____

Номер истории болезни _____

Размер катетера (обвести) 10 12 14 16 18 20 22 24 26

Место установки катетера (нужное подчеркнуть): вены кисти, вены предплечья, вены в области локтевого сгиба, вены плеча, вены нижних конечностей

Дата установки _____ Время установки _____

Дата удаления _____ Время удаления _____

Причина удаления (нужное подчеркнуть): окончание инфузионной терапии, развитие осложнений _____

Процедура	Дата						
Оценка места венепункции по Шкале флебитов (отметить)	0	0	0	0	0	0	0
	1	1	1	1	1	1	1
	2	2	2	2	2	2	2
	3	3	3	3	3	3	3
	4	4	4	4	4	4	4
Оценка по Шкале инфильтрации (отметить)	0	0	0	0	0	0	0
	1	1	1	1	1	1	1
	2	2	2	2	2	2	2
	3	3	3	3	3	3	3
	4	4	4	4	4	4	4
Промывание (указать время)							
Замена повязки (отметить)	да	да	да	да	да	да	да
	нет	нет	нет	нет	нет	нет	нет
Комментарии							
Фамилия медработника и подпись							

Шкала оценки флебита

Степень	Признаки	Рекомендуемые действия
0	Боль и симптоматика отсутствуют	Продолжать наблюдение
1	Боль / покраснение вокруг места введения катетера.	-удалить катетер и установить новый в другой области -проводить наблюдение за обеими областями
2	Боль, отечность, покраснение Вена пальпируется в виде плотного тяжа.	- удалить катетер и установить новый в другой области - проводить наблюдение за обеими областями - при необходимости начать лечение
3	- Боль, отечность, уплотнение, покраснение - Вена пальпируется в виде плотного тяжа более 3 см. - Нагноение	- удалить катетер и установить новый в другой области - канюлю катетера отправить на бактериологическое исследование - также необходимо провести бактериологический анализ образца крови, взятого из вены здоровой руки
4	- Боль, отечность, уплотнение, покраснение - Вена пальпируется в виде плотного тяжа более 3 см. - Нагноение - Повреждение тканей	- удалить катетер и установить новый в другой области - канюлю катетера отправить на бактериологическое исследование - также необходимо провести посев крови, взятой из вены другой руки - зарегистрируйте случай в соответствии с правилами вашего лечебного учреждения

Шкала оценки инфильтрации

Степень	Признаки
0	Симптоматика отсутствует
1	- бледная, холодная на ощупь кожа - отек < 2,5 см в любом направлении от места установки катетера - возможна болезненность
2	- бледная, холодная на ощупь кожа - отек от 2,5 до 15 см в любом направлении от места установки катетера - возможна болезненность
3	- бледная, полупрозрачная, холодная на ощупь кожа - обширный отек > 15 см в любом направлении от места установки катетера - жалобы на легкую или умеренную болезненность - возможно снижение чувствительности
4	- бледная, полупрозрачная, натянутая кожа - кожа синюшная и отечная; наблюдается экссудация - обширный плотный отек > 15 см в любом направлении от места установки катетера; после нажатия пальцем на место отека сохраняется вдавление - нарушение кровообращения; жалобы на умеренную или сильную боль - степень 4 ставится при инфильтрации любым количеством препаратов крови / препаратов с раздражающими или кожно-нарывными свойствами

**Снижение уровня болевого синдрома в полости рта у пациентов
после химиотерапии в отделении гематологии**

Ильиных Е.В.,
старшая медицинская сестра
отделения гематологии
БУЗОО «ГКБ № 1 им. Кабанова А.Н.»

Научный руководитель: Мюльбергер Е.Т.,
заведующая гематологическим отделением
БУЗОО «ГКБ № 1 им. Кабанова А.Н.»

Актуальность темы. Химиотерапия - это особый метод лечения или профилактики онкологических заболеваний при помощи специальных лекарств, подавляющих или сдерживающих рост опухолевых клеток. При этом значительно продлевается жизнь пациента и улучшается его состояние. Химиотерапевтические

препараты действуют на все делящиеся клетки, как опухолевые, так и нормальные. Нормальные клетки восстанавливаются быстрее опухолевых, так что с каждым циклом химиотерапии опухолевых клеток становится все меньше и меньше. Тем не менее, повреждение нормальных клеток приводит к осложнениям в полости рта: слущиваются клетки эпителия со слизистой рта, она становится красной, отечной, появляется сухость, трещины на губах, кровоточивость десен. Все это сопровождается болью.

По данным литературных источников отечественных авторов проблема болевого синдрома в полости рта затрагивает около 90% гематологических пациентов (Гажва С.И., Постнова И.В., 2005 год).

В гематологическом отделении БУЗОО «ГКБ № 1 им. Кабанова А.Н.», за 2013 год было пролечено и выписано 657 пациентов с гемобластозами, основными среди которых являются острые лейкозы и множественные миеломы. Химиотерапию получали 592 пациента, что составляет 90,1%. Болевой синдром в полости рта наблюдался у 532 человек, что составляет 89,8% пациентов от числа получавших химиотерапевтические препараты, что обуславливает необходимость проведения исследования для улучшения качества жизни пациентов.

Цель исследования: разработка программы снижения уровня болевого синдрома в полости рта у пациентов после курса химиотерапии.

Методы исследования.

Исследование проводилось на базе гематологического отделения БУЗОО «ГКБ №1 им. Кабанова А.Н.». В команду исследователей вошли медицинские сестры отделения гематологии, рецензент Е. Т. Мюльбергер, врач высшей категории, заведующая гематологическим отделением, главный внештатный гематолог Министерства здравоохранения Омской области.

В исследовании участвовало 30 пациентов отделения гематологии, из них 15 женщин и 15 мужчин.

Критерии включения: пациенты гематологического отделения в возрасте от 30 – 60 лет, проходившие курс химиотерапии впервые или не более 2-х курсов.

Критерии исключения: Пациенты до 30 и старше 60 лет, страдающие сахарным диабетом, язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки, заболеваниями полости рта, гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью. Женщины в период менопаузы. Пациенты, проходящие химиотерапию более 2-х раз.

Вошедшие в исследование пациенты были разделены на две группы:

1-я группа (основная): 15 пациентов (8 женщин и 7 мужчин), получивших химиотерапию, которые лечились в соответствии со стандартами оказания медицинской помощи с дополнительным включением разработанной нами комплексной обучающей программы;

2-я группа (сравнения): 15 пациентов (7 женщин и 8 мужчин), получивших химиотерапию, которые лечились в соответствии со стандартами оказания медицинской помощи без дополнительного включения разработанной нами комплексной обучающей программы.

Для выявления у пациентов проблем в полости рта, связанных с болевым синдромом после курса химиотерапии, обеим группам, принимавшим участие в исследовании, было предложено ответить на вопросы по разработанной нами карте сестринского наблюдения. Качество жизни пациентов оценивали с помощью опросника SF-36 у обеих групп. Интенсивность боли оценивалась по многомерному вербально - цветовому болевому тесту Люшера. Сбор данных осуществлялся в первый день исследования и на четвертый день исследования после внедрения комплексной обучающей программы (рис. 1).



Рисунок 1 - Сравнительная характеристика изменения уровня цветовых ассоциаций, связанных с болевым синдромом в полости рта у пациентов после химиотерапии, в начале исследования и на четвертый день обучения

Все пациенты, включенные в исследование, дали добровольное медицинское согласие на данное исследование, согласованное с этическим комитетом Омской профессиональной сестринской ассоциации и не противоречащим этическому кодексу медицинской сестры России. Права пациентов защищены конституцией Российской Федерации от 12.12.1993 года и Федеральным законом РФ №323 от 01.01.2012 года «Об охране здоровья граждан в Российской Федерации».

Результаты исследования.

Для проведения исследования у каждого участника исследования был собран анамнез, проведен визуальный осмотр и математическую обработку данных. Опрос и осмотр проводился ежедневно 2 раза в день с отметкой в карте сестринского наблюдения.

В результате анализа полученных данных установлено, что после химиотерапии пациенты испытывают болевой синдром в полости рта при следующих проблемах (таблица 1, рис. 2).

Таблица 1 – Проблемы, при которых пациенты испытывают болевой синдром в полости рта

<i>Первый день исследования</i>		
Наименование проблем	основная группа (чел.)	группа сравнения (чел.)
язвы на деснах и слизистой полости рта	10	8
кровоточивость десен и слизистой полости рта	9	9
боль во рту при приеме пищи	13	12
боль во рту в покое	1	1
боль во рту при чистке зубов	8	10
сухость во рту	15	15
<i>Четвертый день исследования</i>		
язвы на деснах и слизистой полости рта	5	8
кровоточивость десен и слизистой полости рта	-	5
боль во рту при приеме пищи	-	6
боль во рту в покое	-	-
боль во рту при чистке зубов	-	8
сухость во рту	2	7

Четвертый день исследования (количество пациентов)

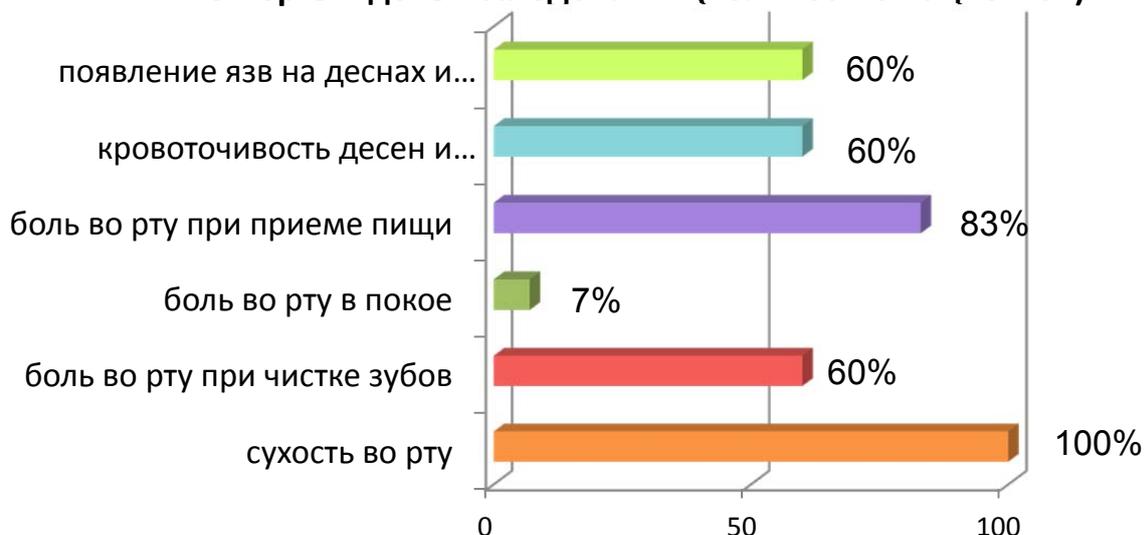


Рисунок 2 - Результаты опроса пациентов перед началом исследования на выявление проблем, связанных с болевым синдромом в полости рта после химиотерапии

В процессе проведения опроса обеих исследуемых групп с помощью опросника SF36 выявлены следующие результаты:

Показатель «Физический компонент здоровья» составил - 36 баллов, что свидетельствует о его значительном снижении (в норме данный показатель равен 100 баллам) (рис. 3).

Показатель «Психический компонент здоровья» составил - 39 баллов, что также отражает низкий уровень психического благополучия (рис. 4).

В процессе проведения опроса обеих исследуемых групп с помощью опросника SF36 выявлены следующие результаты:

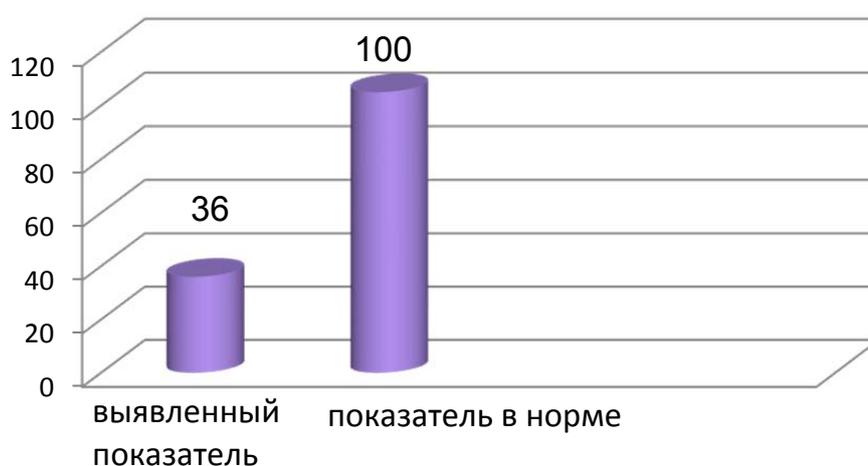


Рисунок 3 - Показатель «Физический компонент здоровья» (ФКЗ)



Рисунок 4 - Показатель «Психический компонент здоровья» (ПКЗ)

Для определения исходных результатов уровня болевых ощущений в полости рта после химиотерапии использовали экспресс - тестирование по вербально

- цветовой рейтинговой шкале болевых ощущений теста Люшера (приложение 1), состоящей из:

- шкалы болевых ощущений,
- цветовой линейки, содержащей мини - карточки синего, зелёного, красного, желтого, фиолетового, коричневого, черного и серого цветов,
- шкалы оценочных баллов.

Тест Люшера, дает возможность наблюдать за психическими процессами и клиническим протеканием болезни у пациентов. Каждый цвет светового спектра соответствует определенному состоянию человека и может меняться в зависимости от различных причин.

По цветовой шкале и шкале болевых ощущений каждый пациент выбирал цвет, с которым ассоциируется его болевое ощущение, оценивал уровень боли и исследователи определяли количество баллов, соответствующее уровню болевых ощущений в полости рта каждого пациента.

При сравнении результатов определения по цветовой гамме восприятия уровня боли и по шкале болевых ощущений у пациентов основной группы и группы сравнения в первый день исследования значительных расхождений не выявлено, при этом наблюдалось преобладание негативных эмоций.

Полученные результаты показали, что болевой синдром в полости рта у пациентов после химиотерапии, связан с неудовлетворительным гигиеническим состоянием полости рта, с общим тяжелым состоянием и дефицитом знаний комплекса мероприятий для самостоятельного снижения уровня болевого синдрома в полости рта.

Поскольку у пациентов после химиотерапии выявлены болевые ощущения в полости рта и соответственно значительно снижены показатели качества жизни с преобладанием негативных эмоций, выявлен дефицит знаний, умений и навыков не позволяющий пациентам самостоятельно уменьшать болевые ощущения в полости рта, были определены основные направления в их обучении. Разработана комплексная обучающая программа (рис. 5) по снижению уровня болевого синдрома в полости рта у пациентов после химиотерапии, которая может быть применена для различных групп пациентов страдающих онкологическими заболеваниями и получающими химиотерапевтическое лечение.



Рисунок 5 - Структура комплексной обучающей программы для снижения уровня болевого синдрома в полости рта для пациентов, после химиотерапии

В структуру комплексной программы вошли основные этапы, включающие обучение:

1. методам осмотра и контроля состояния полости рта;
2. методам проведения профилактического и гигиенического ухода за полостью;
3. методам снижения уровня боли при помощи отвлекающих средств;
4. методам рационального питания после химиотерапии;
5. методам отказа от вредных привычек и ведения здорового образа жизни.

Поскольку уровень гигиенических знаний, умений и навыков у каждого пациента свой, то каждому пациенту требуется индивидуальный подход в обучении.

Командой исследователей **определены цели комплексной программы для обучения пациентов после химиотерапии** - достижение сознательного и активного участия пациентов в процессе обучении с учетом индивидуальности каждого пациента для снижения уровня болевого синдрома в полости рта и повышения качества жизни. После этого приступили к внедрению программы.

Для определения эффективности разработанной комплексной обучающей программы проведено открытое сравнительное исследование результатов уровня болевых ощущений в полости рта после химиотерапии. На четвертый день

индивидуального обучения провели повторное тестирование пациентов и выяснили, что при сравнении результатов определения по цветовой гамме восприятия уровня боли у пациентов заметно преобладание позитивных цветовых восприятий у пациентов основной группы над негативным восприятием у пациентов группы сравнения.

По изменению цветовой гаммы восприятия уровня боли у пациентов основной группы в первый день исследования и на четвертый день после начала обучения заметно улучшение общего состояния. У пациентов группы сравнения на четвертый день исследования по сравнению с первым днем исследования произошли незначительные изменения, связанные только с оказанием медицинской помощи по стандартам.

Одновременно производился подсчет интенсивности боли в полости рта у пациентов по шкале болевых ощущений теста Люшера. На четвертый день индивидуального обучения подсчет интенсивности боли в полости рта у пациентов основной группы составил 8,5 баллов, а у пациентов группы сравнения 20 баллов.

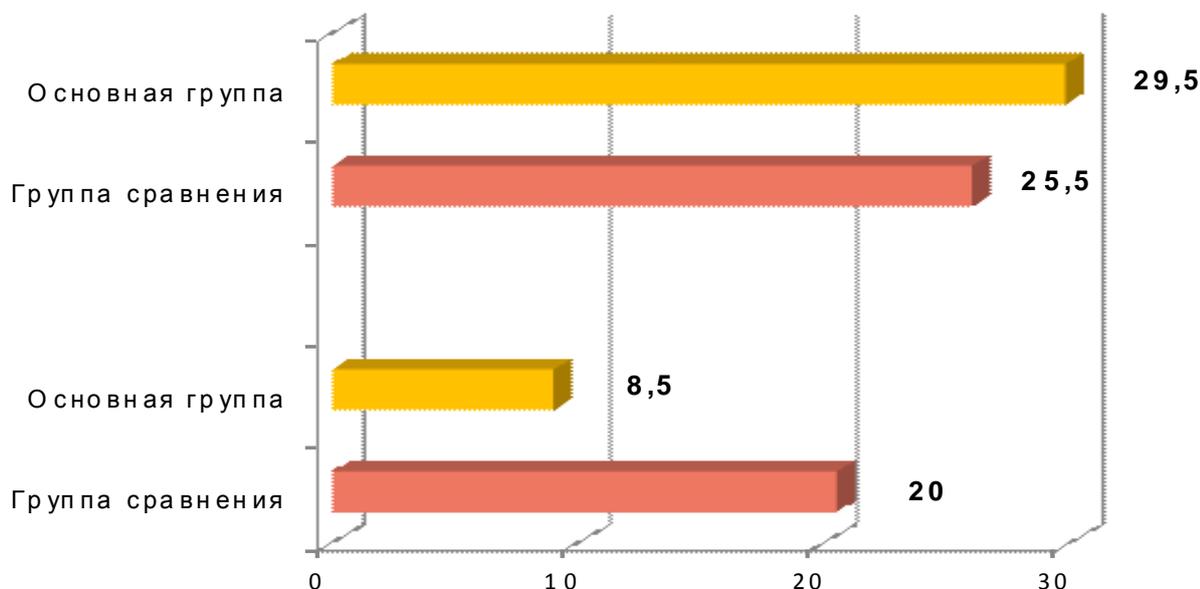


Рисунок 6 - Сравнительная характеристика изменения интенсивности боли в полости рта у пациентов после химиотерапии по шкале болевых ощущений теста Люшера в начале исследования и на четвертый день обучения

Таким образом, установлено, что у пациентов основной группы значительно снизилась интенсивность восприятия боли. У пациентов группы сравнения произошли незначительные изменения, связанные только с оказанием медицинской помощи по стандартам.

Затем было установлено влияние внедрения разработанной комплексной обучающей программы на изменение количества проблем в полости рта, свя-

занных с болевым синдромом, у пациентов после химиотерапии. Оценка проводилась по разработанной нами карте сестринского наблюдения.

Сравнивали проблемы в полости рта, связанные с болевым синдромом в первый день исследования у пациентов основной группы и группы сравнения, а затем на четвертый день обучения в основной группе и на четвертый день исследования в группе сравнения. Получены результаты: у пациентов основной группы проблемы в полости рта, связанные с болевым синдромом, после обучения значительно снизились с 29,5 до 8,5 баллов или на 71,2%.

У пациентов группы сравнения произошли незначительные изменения, связанные только с оказанием медицинской помощи по стандартам с 25,5 до 20 баллов или на 21,6%.

Повторно оценили качество жизни пациентов, связанное с болевым синдромом в полости рта, обеих исследуемых групп с помощью опросника SF36 после внедрения разработанной комплексной программы. Выявлены следующие результаты: показатель «Физический компонент здоровья в основной группе составил - 83 баллов, что свидетельствует о его значительном улучшении. В группе сравнения произошедшие изменения незначительны и связаны только с оказанием медицинской помощи по стандартам. Показатель «Психический компонент здоровья в основной группе составил - 88 баллов, что свидетельствует о его значительном улучшении. В группе сравнения произошедшие изменения незначительны и связаны только с оказанием медицинской помощи по стандартам.

Основная группа





Рисунок 7 - Сравнительная характеристика проблем в полости рта, связанных с болевым синдромом, у пациентов после химиотерапии в начале исследования и на четвертый день исследования в основной группе и группе сравнения

В результате проведенного исследования разработана и внедрена комплексная обучающая программа для пациентов по дифференцированному самостоятельному выполнению ими индивидуальных мероприятий, направленных на снижение уровня болевого синдрома в полости рта, после проведенного курса химиотерапии, что является новизной данного исследования. Доказано влияние обучающей комплексной программы на снижение уровня болевого синдрома в полости рта у пациентов после курса химиотерапии и повышении их качества жизни.

Выводы.

Внедрение комплексной обучающей программы позволило снизить уровень болевого синдрома в полости рта у пациентов после курса химиотерапии, что привело к улучшению показателей «физический компонент здоровья» на 47 баллов (с 36 до 83 баллов), а «психический компонент здоровья» на 49 баллов (с 39 до 88 баллов), которые подтверждают улучшение качества жизни пациентов с онкологическими заболеваниями.

Внедрение комплексной обучающей программы позволило создать у пациентов мотивацию к изменению образа жизни и самостоятельному снижению

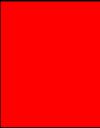
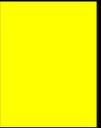
уровня болевого синдрома в полости рта посредством выполнения комплекса предложенных мероприятий.

С помощью научного подхода к работе медицинские сестры способствуют улучшению состояния здоровья пациентов, которым проводится химиотерапевтическое лечение.

Список используемой литературы

1. Байдун Л.В., Современная диагностика и классификация острой лейкемии // Гематология и трансфузиология. 1996, №4. С.35-40.
2. Горбунова В.А., Бредер В.В., Качество жизни онкологических больных//Материалы 4-й Рос.онкол.конф.-М.-2000-С.125-127.
3. Гажва С.И., Постнова И.В., 2005 год.
4. Дмитриева В.С., Бурый А.В., Аванесов А.М., Клиника и особенности лечения поражений слизистой оболочки полости рта у больных лейкозом. М.: Изд-во Рос. ун-та дружбы народов, 1994. 36 с.
5. Жамлиханова В.О., Особенности патогенеза и диагностики поражений в полости рта при лейкозах: Дис. ... канд.мед. наук . М., 1993.118 с.
6. Ионова Т.И., Новик А.А., Сухонос Ю.А., Понятие качества жизни больных онкологического профиля//Онкология.-2000-Т.2.-С.25-27.
7. Новик А.А.,Ионова Т.И.,Кайнд П.Концепция исследования качества жизни в медицине.-СПб., «Элби».-1999-140 с
8. Новик А.А., Абдулкадыров К.М., Янов Ю., и др .Современные подходы к исследованию качества жизни в онкологии и гематологии//Проблемы гематологии и переливания крови.-М.-1999-№ 2-С.45-51.
9. Переводчикова Н.И., Обеспечение качества жизни больных в процессе противоопухолевой химиотерапии//Тер.архив.-1996.-
10. Переводчиков Н.И., Химиотерапия опухолевых заболеваний. М., 2000. С. 208-242
11. Шендеров Б.А., Нормальная микрофлора и её роль в поддержании здоровья человека // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии. 1998, №1.С. 61-65
12. Интернет источники.

Вербально-цветовая рейтинговая шкала интенсивности болевых ощущений

№ п/п	Шкала интенсивности болевых ощущений	Выбор цвета (выберите цвет два раза и укажите номера выбранных цветов, первый – цвет предпочтения, второй – цвет отвержения)								Баллы
		Выбор предпочтения				Выбор отвержения				
		1	2	3	4	5	6	7	8	
										
1.	Боли нет									0
2.	Боль слабая									1
3.	Боль средней силы									2
4.	Боль сильная									3
5.	Боль очень сильная									4
6.	Боль средней силы									5

Низкая мотивация будущих мам в кормлении грудью

Копина А.Б.,
Старшая акушерка филиала женской консультации
БУЗОО «КРД №6»

Научный руководитель: Полонская Е.Н.,
Заведующая филиалом женской консультации
БУЗОО «КРД №6»

Актуальность темы. На протяжении более чем 150 лет истории науки о детском питании, естественное вскармливание и женское молоко были «золотым стандартом» в отечественной детской диетологии. Полноценное питание имеет столь важное значение в обеспечении здоровья детей, что может быть отнесено к числу проблем национальной безопасности. Решение проблемы безопасности нации должно начинаться с того, с чего вообще начинается детская жизнь - с грудного вскармливания.

Грудное вскармливание - это уникальный процесс, который:

- Обеспечивает идеальное питание детей до одного года;
- Обеспечивает оптимальный рост, физическое и умственное развитие ребёнка;
- Способствует нормальному становлению и развитию иммунной системы, повышает защитные силы организма, снижает частоту инфекционных и аллергических заболеваний, анемии и рахита;
- Сохраняет здоровье матери, способствует нормальному развитию послеродового периода, предохраняет от развития опухолевых заболеваний молочной железы и яичников, удлиняет послеродовую аменорею и является естественным контрацептивом;
- Позволяет сохранить средства семьи и лечебных учреждений, уменьшая потребность в бутылочках, сосках, искусственных смесях, а также сокращает пребывание матери и ребёнка в родильном доме;
- Не требует затраты и без того истощённых природных ресурсов и не загрязняет окружающую среду.

К сожалению, несмотря на неоспоримую пользу грудного молока, число детей, находящихся на искусственном вскармливании, не уменьшается. (Рис.1)

По данным ВОЗ процент грудного вскармливания детей до трёх месяцев в России в настоящее время составляет 40%, в Узбекистане-90%, в Норвегии-80%, в Польше-40% (Рисунок 1).

В настоящее время практически все учреждения, оказывающие услуги по родовспоможению, проводят большую работу по пропаганде грудного вскарм-

ливания. Функционируют школы для будущих родителей, медицинские работники активно участвуют в акциях по поддержке грудного вскармливания.

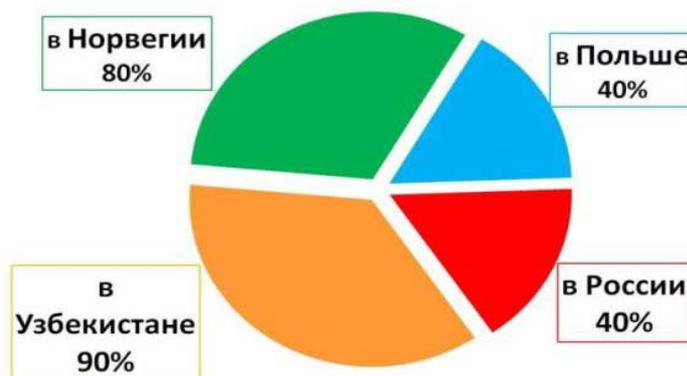


Рисунок 1 - Процент грудного вскармливания детей до 3 месяцев (по данным ВОЗ)

БУЗОО «Клинический родильный дом № 6» также активно работает в этом направлении. На базе нашего учреждения было проведено сестринское исследование на тему «Низкая мотивация будущих мам в кормлении грудью». Работа началась с мая 2014 года. В соответствии с приказом главного врача был определен состав группы, участвующей в сестринском исследовании, в которую вошли зав. кафедрой «Акушерство и гинекология» № 1 ОГМА к.м.н. Савельева И.В., заведующие и старшие акушерки женской консультации, филиала женской консультации, руководитель учебно-методического комитета, акушерки женских консультаций, психолог родильного дома. Инициативной группой был составлен план работы.

Сестринское исследование проводилось в несколько этапов.

На **1 этапе** сестринского исследования проводилось анкетирование женщин, которые во время беременности наблюдались в женской консультации и на момент анкетирования имели детей в возрасте до одного года. В опросе приняли участие 50 мам. Результаты показали, что лишь 48 % опрошенных женщин кормят детей грудью. Остальные активно пользуются молочными смесями.

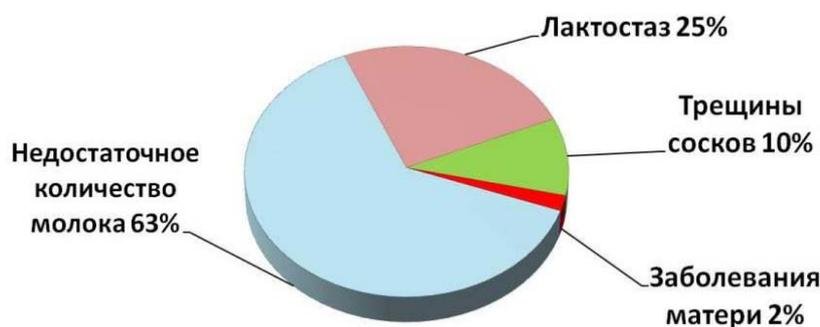


Рисунок 2 - Причины, по которым мамы прекратили грудное вскармливание

Среди причин, по которым мамы прекратили грудное вскармливание первое место занимает недостаточное количество молока (63%), на втором месте - лактостаз (25%), на третьем месте трещины сосков (10%), а также заболевания матери (2%) (Рисунок 2). Конечно же, все эти причины устранимы. Результаты анкетирования помогли выявить нам недостатки в нашей работе в вопросе грудного вскармливания и показали нам что, несмотря на кажущийся избыток информации по вопросам грудного вскармливания и его неоспоримую пользу у женщин сохраняется низкая мотивация в кормлении грудью.

Переходя ко **2 этапу** исследования нами была поставлена цель - повысить мотивацию женщин в кормлении грудью, за счёт повышения уровня, знаний будущих родителей в вопросах грудного вскармливания.

В связи с этим необходимо было решить следующие **задачи**:

1. Провести анкетирование женщин для определения исходного уровня знаний в вопросах грудного вскармливания;
2. Разработать программу занятий школы по грудному вскармливанию с учётом выявленных проблем;
3. Обеспечить сопровождение занятий наглядными пособиями, муляжами;
4. Оценить уровень знаний будущих мам после посещения школы.

Анкетирование проводилось на участках акушерками женской консультации, в нём поучаствовали 100 женщин. Результаты показали, что многие женщины, особенно первобеременные, не знают что такое лактационные кризы, как часто они могут возникать, как их правильно преодолевать, что делать, если возник лактостаз, к чему он может привести, как его профилактировать, что делать в случае плоских сосков, что такое банк молока и как его создать в домашних условиях и т.д.

При разработке плана занятий в школе грудного вскармливания мы взяли за основу приказ ГУЗОО № 76 от 16 марта 1999 года «Об охране, поощрении и поддержке практики грудного вскармливания в Омской области». Таким образом, **программа занятий** была отредактирована и в неё вошли такие разделы как:

- Состав грудного молока и его польза для ребёнка;
- Преимущества грудного вскармливания для мамы;
- Современные перинатальные технологии и основные правила успешного грудного вскармливания;
- Техника прикладывания ребёнка к груди;
- Лактационные кризы, способы их преодоления;
- Нагрубание молочных желёз, его проявления и выход из ситуации;
- Признаки мастита, возможности дальнейшего кормления;
- Плоские соски - это не приговор;
- Банк грудного молока - для чего он нужен?
- Принципы питания и режим кормящей мамы;
- Как сохранить грудное вскармливание и выйти на работу.

Следовательно, тематика занятия значительно расширилась, соответственно увеличилась его продолжительность. Благодаря необходимому оснащению (муляжи, видеофильмы, буклеты) появилась возможность проведения практической части. В целом занятие стало более интересным для мам. Они тоже стали активнее себя проявлять. Многие стали приходить на занятия с мужьями. После завершения обучения все женщины были вновь подвергнуты письменному опросу, который показал, что 90% беременных усвоили материал в полном объеме, и им не составило труда быстро ответить на все вопросы анкеты, связанные с возможными трудностями лактационного периода. Знания и навыки, которые получили женщины на занятиях в школе грудного вскармливания, сделали их более уверенными в себе, в своих физических и моральных возможностях, а значит, повысили их мотивацию в грудном вскармливании.

Продланное нами исследование позволило сделать нам вывод, что мотивацией к грудному вскармливанию можно управлять и её уровень напрямую зависит от качества проводимых занятий, от профессионализма медицинских работников, их равнодушного отношения к своему делу, от их такта, внимания, искреннего и доброжелательного отношения к своим пациентам. Безусловно, работу по поощрению и поддержке грудного вскармливания можно совершенствовать и совершенствовать, находить новые методы, формы проведения занятий.

В настоящее время мы также планируем усовершенствование наших занятий и хотим разработать ситуационные задачи для наших будущих мам, чтобы они уже решив теоретически, в дальнейшем, в случае возникновения подобной ситуации, могли решить ее практически.

Конечно, поддержка грудного вскармливания - это совместная задача женских консультаций, родильных домов и педиатрической службы. Именно от их слаженной работы зависит успех проводимых мероприятий. Только при профессиональном и творческом подходе к делу можно добиться поставленных целей и обеспечить каждому ребёнку возможность реализовать своё право на естественное вскармливание.

Список используемой литературы

1. Ларионова Т.В., Грудное вскармливание. Что может быть лучше/Ростов на Дону, 2012. – 256 с.
2. Писарская Е., Тонкости и нюансы грудного вскармливания /СПб., 2012. – 64 с.
3. Студеникин М.Я., Книга о здоровье детей / М., 1986. -.240 с.
4. Приказ ГУЗОО № 76 от 16 марта 1999 года «Об охране, поощрении и поддержке практики грудного вскармливания в Омской области»

Снижение степени тревожности у пациентов пожилого возраста с урогенитальными проблемами при применении современных средств ухода

Ромазанова Н. Ф.,
медицинская сестра палатная
терапевтического отделения БУЗ ОО «ГВВ»

Научный руководитель: Уткин А. А.
врач – психиатр, к.м.н.,
Заслуженный врач РФ

Актуальность темы. Постоянное возрастание доли пожилых людей во всем мире становится серьезной социально-демографической тенденцией большинства развитых стран. Так, по данным ООН, в 1950 г. в мире проживало приблизительно 200 млн. людей в возрасте 60 лет и старше, к 1975 г. их количество возросло до 550 млн. По прогнозам, к 2025 г. численность людей старше 60 лет достигнет 1 млрд. 100 млн. человек.

В пожилом возрасте анатомо-физиологические системы человека претерпевают более или менее значительные изменения. Но до сих пор - среди широких слоев населения существует обыкновение видеть в ряде недугов, неизбежные признаки надвигающейся старости. В связи с этим многие пожилые люди привыкают видеть в своих проблемах естественное следствие своего возраста и полагают, что с этим уже ничего поделать нельзя.

Одной из проблем пожилого возраста, которую пациенты порой считают возрастной особенностью и тщательно её скрывают, является недержание мочи. К сожалению, от этой проблемы не застрахован практически никто старше 60 лет. С возрастом увеличивается количество людей с различными расстройствами функций мочевого пузыря. По статистике, свыше 60% людей старше 60 лет подвержены проблемам потери мочи – в той или иной форме. Некоторые эксперты называют меньшие цифры, но факт остается фактом: чем старше человек, тем больше риск возникновения этой проблемы.

Недержание мочи у лиц пожилого возраста – это существенная проблема, как медицинского, так и явно психологического характера.

Актуальность темы исследования - наличие урогенитальных проблем у пожилых людей снижает качество их жизни, вызывая ситуационные и жизненные затруднения, сужение круга общения, отказ от любимых увлечений и возникновение чувства неполноценности и тревожности.

Цель исследования - оценить влияние современных средств ухода на снижение уровня тревожности у пожилых пациентов с урогенитальными проблемами.

На основании поставленной цели необходимо решить следующие задачи:

- Определить уровень тревоги у пожилых пациентов с урогенитальными проблемами
- Оценить влияние современных средств ухода на устранение урогенитальных проблем у пациентов пожилого возраста
- Выявить взаимосвязь между применением современных средств ухода и снижением уровня тревожности у пожилых пациентов с урогенитальными проблемами

Объектом нашего исследования будут пациенты согласившиеся принять участие в исследовании, старше 70 лет, без ограничений по полу с урогенитальными проблемами, находящиеся на стационарном лечении в терапевтическом отделении.

Критерий исключения, пациенты моложе 70 лет, с отсутствием урогенитальных проблем, не получающие стационарное лечение в условиях терапевтического отделения

Размер выборки составляет 90 человек.

Предмет исследования: изучение уровня тревоги у пожилых пациентов с урогенитальными проблемами

В исследовании используются следующие методики:

- Шкала самооценки (тест Ч.Д. Спилбергера - Ю.Л. Ханина) (приложение 1)
- Тест SF 36 (приложение 2)

К дополнительным методам можем отнести анализ проблем пациента на основании истории болезни.

Ожидаемый результат: применение современных средств ухода у пациентов пожилого возраста с урогенитальными проблемами, позволит снизить уровень тревожности и повысить качество их жизни.

Анатомо-физиологические особенности мочевыделительной системы у лиц пожилого возраста

В почках:

- уменьшается число функционирующих нефронов (к старости на 1/3-1/2), формируется возрастной нефросклероз;
- падает уровень почечного кровообращения, клубочковой фильтрации, понижаются экскреторная и концентрационная функции почек;
- ослабевает связочный аппарат почек как явление спланхноптоза (опущения внутренних органов).

В мочевыводящих путях:

- почечные чашечки и лоханка теряют эластичность, скорость и силу движений (из-за атрофии части мышечных волокон);
- мочеточники расширяются, удлиняются, становятся более извитыми, стенка их утолщается, замедляется эвакуация мочи из верхних мочевых путей;

- нарушение моторной функции мочевыводящих путей и несовершенство физиологических сфинктеров обуславливают частые в старости рефлекс (обратный (против нормального направления) ток мочи);

- утолщается стенка мочевого пузыря, снижается его емкость, ослабевает тормозное влияние коры головного мозга на рецепторы мочевого пузыря во время ночного сна — это приводит (наряду с увеличением ночного диуреза, связанного с изменениями в сердечно - сосудистой системе) к росту частоты позывов к мочеиспусканию ночью.

Нередко у пациентов пожилого возраста наблюдается, недержание мочи, т.е. непроизвольное выделение мочи из мочеиспускательного канала. Недержание мочи можно описать как «неспособность ограничить, сдержать исполнение своих элементарных желаний». Основными типами недержания мочи являются:

- стрессовый тип — при кашле, смехе, упражнениях, связанных с повышением внутрибрюшного давления;

- побудительный тип — невозможно задержать сокращение мочевого пузыря (обусловлено нарушением нервной регуляции его деятельности);

- избыточный тип — вызван функциональной недостаточностью внутреннего и наружного сфинктеров мочевого пузыря;

- функциональный тип — при отсутствии привычных условий для мочеиспускания или при физических, психических нарушениях.

Недержание мочи предрасполагает к воспалительным и язвенным изменениям кожи промежности, инфекциям мочевыводящих путей, сопровождается депрессией, социальной изоляцией пожилых людей. Развитию данного состояния способствуют возрастные изменения мочевого тракта: снижение сократительной способности мочевого пузыря, уменьшение его емкости, наличие остаточной мочи из-за непроизвольных сокращений детрузора, уменьшение функциональной длины уретры у женщин. Достаточно часто — до 30-50% — недержание мочи бывает преходящим, связанным со следующими причинами:

- 1) нарушениями сознания при неврологических и иных заболеваниях, приемом лекарственных препаратов (седативных, антихолинергических, антагонистов адренорецепторов, диуретиков и пр.);

- 2) симптоматическими инфекциями мочевыводящих путей, атрофическим уретритом и вагинитом;

- 3) повышенным диурезом, вследствие избыточного употребления жидкости и метаболических нарушений при сахарном диабете и пр.;

- 4) сниженной физической активностью при артритах и травмах;

- 5) застойной сердечной недостаточностью. Все эти причины являются обратимыми, и при условии их ликвидации происходит успешное купирование преходящего недержания мочи.¹

¹ Проблема недержания/Семейный доктор//Газета Дона- 2005 - № 25(341)

Проблема недержания мочи актуальна для каждой второй женщины в возрасте от 45 до 60 лет, поскольку это одно из типичных проявлений климактерического периода. Часто у женщин невольное испускание небольшого количества мочи происходит при кашле, чихании и другом усилии.²

У мужчин недержание мочи может быть вызвано выраженной степенью аденомы предстательной железы (ослабление сократительной способности мочевого пузыря и наличие значительного количества остаточной мочи).

При осуществлении ухода необходимо приложить все усилия, чтобы пациент находился в максимально комфортной обстановке, не испытывая каких-либо неудобств.

Характеристика тревожности как психологического состояния

Понимание тревожности как психического явления вытекает из того факта, что термин «тревога» используется психологами в разных значениях. Это может быть:

- временное психическое состояние, возникшее под воздействием стрессовых факторов;
- первичный показатель неблагополучия, когда организм не имеет возможности естественным образом реализовать потребности;
- свойство личности, которое дается через описание внешних и внутренних характеристик при помощи родственных понятий;
- реакция на представленную угрозу.

Чаще всего термин «тревога» используется для описания неприятного по своей окраске психического состояния, которое характеризуется субъективными ощущениями напряжения, беспокойства, мрачных предчувствий, а с физиологической стороны сопровождается активизацией автономной нервной системы. Иногда, тревога играет положительную роль не только как индикатор нарушения, но и как мобилизатор резерва психики.

Причины, вызывающие тревогу и влияющие на изменение её уровня, многообразны и могут лежать во всех сферах жизнедеятельности человека. Условно их разделяют на субъективные и объективные причины³.

К субъективным относятся причины информационного характера, связанные с неверным представлением об исходе заболевания. Среди объективных причин, вызывающих тревогу, выделяют экстремальные условия, предъявляющие повышенные требования к психике человека и связанные с неопределённостью исхода ситуации.

² Пушкова Э.С., Гомберг В.Г., Надь Ю.Т. Недержание мочи у пожилых женщин. // Методическое пособие для врачей. - СПб., 2003

³ Психологические формы преодоления стресса пожилыми пациентами / Сб. ММА им. И. М. Сеченова / Мазаева Н. А., Сиряченко Т. М., Пекарская Л. И., Зорин В. Ю. - М.: 2000.

Термин «личностная тревожность» используется для обозначения относительно устойчивых индивидуальных различий, в склонности индивида испытывать состояние тревоги. Уровень личностной тревожности определяется, исходя из того как часто и как интенсивно возникает состояние тревоги.

Оптимальный уровень тревоги необходим для эффективного приспособления к действительности - адаптивная тревожность. Чрезмерно высокий уровень тревожности, как и чрезмерно низкий, называются дезадаптивной реакцией, которая проявляется в общей дезорганизованности поведения и деятельности.

Таким образом, тревожность - свойство человека приходит в состояние повышенного беспокойства, испытывать страх и тревогу в специфической социальной ситуации; индивидуальная психологическая особенность, проявляющаяся в склонности человека к частым и интенсивным переживаниям состояния тревоги, а также в низком пороге его восприятия⁴.

Психологические аспекты пожилых пациентов с урогенитальными проблемами

Недержание мочи зачастую называют серьезной проблемой, причиняющей массу неприятностей. В развитых странах, таких как США, Канада и др. недержание мочи, без преувеличения – проблема национального масштаба, на которую ежегодно тратятся весьма значительные суммы (санитарное просвещение, научные исследования, внедрение новых методов лечения и др.). Созданы международные профессиональные ассоциации специалистов, занимающихся проблемой удержания мочи, например ICS – International Continence Society (Международное общество удержания). Регулярно проводятся конгрессы и семинары, посвященные этой проблеме⁵. В нашей стране, к сожалению, ситуация несколько иная. По данным отечественных исследователей, не более 5-10 %, страдающих недержанием мочи, обращаются за медицинской помощью. Основные причины этого:

- традиционная «стеснительность» (несмотря на всю абсурдность, до сих пор принято делить болезни на «благородные», которыми болеть «не стыдно», и «неблагородные», о которых и говорить не хочется, как бы они ни мешали жить);
- мнение, что недержание мочи «неизбежное», почти нормальное следствие старения организма и что «никуда от этого не денешься»;
- недостаточная информированность лиц пожилого возраста о современных средствах ухода.

Не обращаясь за медицинской помощью, пожилой пациент тем самым потихоньку загоняет себя в тупик, ведь, как правило, недержание часто начинается с выделения нескольких капель мочи, случающегося время от времени и многих

⁴ Психология старости и старения: Хрестоматия: Учеб. пособие для студ. психол. фак. высш. учеб. заведений / Сост. О.В.Краснова, А.Г.Лидере. — М.: 2003.

⁵ Проблема недержания/Семейный доктор//Газета Дона- 2005 - № 25(341)

это не беспокоит. Но расстройство имеет тенденцию постепенно прогрессировать и уже влечет за собой массу психологических проблем, как сообщают медицинские журналы, недержание обостряет депрессию, социальную изоляцию, тревожные состояния и приводит к пониженной самооценке.

Столкнувшись с проблемой уже в таком широком масштабе, пациент замыкается, избегает общения с друзьями и близкими, часто проводит время дома. Длительная изоляция и сужение круга общения, снижает качество жизни пациента, способствуют ухудшению общего состояния. Пожилые люди чувствуют себя одинокими, недовольными собой, часто расстраиваются. Задача близких – помочь пожилому человеку обеспечить хорошее качество жизни, которое может быть достигнуто посредством применения гигиенических средств реабилитации, к которым относятся урологические прокладки, подгузники, впитывающие трусы и пеленки. Но, зачастую пациенты, страдающие недержанием мочи и чувствующие настоятельную необходимость в гигиенической защите, «придумывают» способы защиты самостоятельно. В лучшем случае такими средствами становятся гигиенические прокладки для критических дней, а чаще салфетки, самодельные ватные, клеенчатые или тканевые прокладки, пеленки. Помимо затраты усилий и средств, такие «устройства» требуют частой смены, неудобны и непрактичны. Абсорбционные свойства подручных гигиенических средств, не дают стопроцентной защиты от протекания, и как следствия этого пожилые люди с урогенитальными проблемами находясь в обществе, испытывают дискомфорт и чувство страха за свой внешний вид.

Специальные современные гигиенические средства поглощают неприятный запах и предотвращают раздражение чувствительной кожи. Использование данных средств позволит не смущаться и чувствовать себя уверенно в любой ситуации и в любой компании, а также вести более активный образ жизни.

Выводы. Народная мудрость утверждает, что «старость - не радость». Категоричность афоризма делает его уязвимым, ибо он не учитывает всей сложности и многогранности явления. Это скорее мнение, и как таковому ему может быть противопоставлено иное мнение. Старость только начинает осмысливаться человеком как возраст, таящий в себе большие резервы и возможности. Жизнь в старости наверняка нелегка, но она должна отходить от стереотипного взгляда на этот период жизни человека как на время пассивного отдыха. Это - стиль жизни, побуждающий к постоянной активности, к чувству ответственности за собственную личность и своё психическое развитие, о котором не следует забывать. Возможности находить радости и ценности в жизни не исчерпываются в определённый её момент, необходимо всегда видеть в себе и в своём окружении новые ценности и качества.

Да, лекарства от старости ещё не придумали, вернее – от проблем, с нею связанных. Недержание мочи у пожилых – одна из таких проблем, отравляющих существование, резко снижающих качество жизни. Те, кто не сталкивался с подобной проблемой, не понять страдающего от этой проблемы человека, его

смущения, обиды, огорчения. Недержание мочи влияет практически на все стороны жизни больных, существенно ухудшая их социальную, бытовую, профессиональную и семейную адаптацию, то есть то, что принято обозначать термином «качество жизни». Это действительно большая проблема, потому что приносит реальный психологический и физический дискомфорт.

К сожалению, эту проблему невозможно полностью устранить, но вполне можно облегчить и научиться контролировать. Использование современных средств ухода позволяет снизить риск возникновения осложнений и защитить кожу пожилого пациента. Ведь с точки зрения дерматологов, существуют три аспекта, которые особенно важны для профилактики повреждений увядающей кожи: 1) тщательное, хотя и осторожное очищение кожи; затем 2) эффективные меры по защите кожи, особенно в области половых органов у больных недержанием, а также 3) мероприятия по регенерации кожи.

Применение впитывающей одноразовой продукции пациентами, страдающими недержанием, улучшает качество жизни пациента и микроклимат в стационаре и дома. Ежедневное использование современных средств ухода способствует более эффективному экономичному лечению и хорошему самочувствию пожилого человека.

Организация исследования

Исследовательская работа организована на базе терапевтического отделения «Госпиталя для ветеранов войн», в состав исследовательской команды входит 7 медицинских сестер, желающие принять участие в исследовании. Актуальность исследования заключается в том, что наличие урогенитальных проблем у пациентов пожилого возраста, вызывает ситуационные и жизненные затруднения, снижая тем самым качество жизни.

В исследовании приняли участие 90 пациентов с урогенитальными проблемами, находящихся на стационарном лечении в терапевтическом отделении, из них 45 человек – исследовательская группа (25 женщин и 20 мужчин в возрасте от 75-80 лет, средний возраст 76,6) и 45 человек – контрольная группа (25 женщин и 20 мужчин в возрасте от 75-80 лет, средний возраст 76,7). Все пациенты, включенные в исследование, давали добровольное медицинское согласие на данное исследование, согласованное с этическим комитетом Омской профессиональной сестринской ассоциации, этическим комитетом Совета по сестринскому делу «Госпиталя для ветеранов войн», не противоречащим Этическому кодексу медицинской сестры России. Права пациента защищены конституцией Российской Федерации от 12.12.1993 г., Федеральным законом РФ № 323 "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" от 21.11.2011г.

Пациенты, входившие в состав исследовательской группы, обеспечивались современными средствами ухода на весь период пребывания в стационаре. Средняя продолжительность пребывания на койке терапевтического пациента составляет 10-14 дней.

Среди пациентов контрольной группы, были такие, которые не использовали никаких средств и применявшие гигиенические средства, изготовленные самостоятельно из ткани и других материалов (марли, ваты).

Вначале исследования посредством специальных тестов был определен уровень тревожности и проведена оценка качества жизни пожилых пациентов входивших в состав исследовательской и контрольной групп. После тестирования всех пациентов исследовательской группы обеспечили современными средствами ухода для решения их урогенитальных проблем. По окончании курса лечения в стационаре было проведено повторное тестирование пациентов обеих групп по определению уровня тревожности и оценки качества жизни, на основании полученных данных проведен анализ и сформулированы выводы.

Определение уровня тревожности и оценка качества жизни у пожилых пациентов с урогенитальными проблемами

Определение уровня тревожности и оценка качества жизни, у пациентов согласившиеся принять участие в исследовании осуществлялось по следующим методикам:

- Шкала самооценки (тест Ч.Д. Спилбергера - Ю.Л. Ханина) (приложение 1)
- Тест SF 36 (приложение 2)

Шкала самооценки (тест Ч.Д. Спилбергера - Ю.Л. Ханина) разработана Ч. Д. Спилбергером и адаптирована Ю. Л. Ханиным. Состоит из двух частей, отдельно оценивающих реактивную и личностную тревожность. Реактивная тревожность характеризуется напряжением, беспокойством, нервозностью. Личностная тревожность характеризует устойчивую склонность воспринимать большой круг ситуаций как угрожающие, реагировать на такие ситуации состоянием тревоги (приложение 1).

Реактивная тревожность оценивается по вопросам с 1-20, а личностная тревожность с 21-40.

Показатели реактивной и личностной тревожности подсчитываются по формуле: $Z = G + 35$, где Z — сумма зачеркнутых цифр на бланке по указанным в инструкции пунктам шкалы, а G — сумма остальных зачеркнутых цифр

Результаты оцениваются следующим образом: до 30 — низкая тревожность, от 31 до 45 — умеренная тревожность, от 46 и более — высокая тревожность.



Рисунок 1 - Уровень реактивной тревожности у пациентов (до начала исследования)

Пациенту предлагалось ответить на 40 вопросов в соответствии со своим состоянием, но при этом следует отметить, что задумываться над вопросами не стоит, поскольку правильных и неправильных ответов нет. На все вопросы представлены следующие варианты ответов: нет, это не так; пожалуй, это так; верно; совершенно верно; которые в бланке обозначены цифрой 1,2,3,4 соответственно. Тестирование пациенты проходили дважды, результаты тестирования до начала исследования представлены ниже графически.

Вывод: На основании данных диаграммы мы пришли к выводу, что преобладающим показателем является низкий уровень реактивной тревожности, на втором месте умеренный уровень реактивной тревожности. У 5% мужчин исследовательской группы выявлен высокий уровень реактивной тревожности.

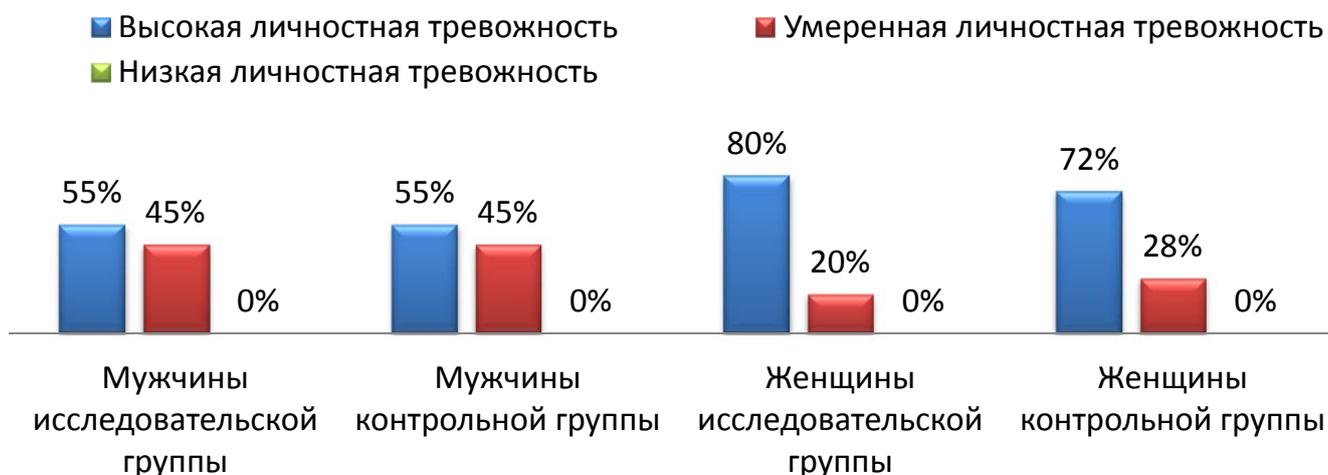


Рисунок 2 - Уровень личностной тревожности у пациентов (до начала исследования)

Вывод: исходя из результатов диаграмм видно, что среди мужчин обеих групп превалирует высокий уровень личностной тревожности (55%), на втором месте умеренный уровень (45%).

У женщин обеих групп превалирует высокий показатель личностной тревожности, в исследовательской группе он равен 80%, в контрольной 72%. На втором месте умеренный уровень личностной тревожности.

Низкий уровень личностной тревожности не выявлен не одного пациента.

- Тест SF 36 представлен опросником из 36 пунктов сгруппированных в восемь шкал. Шкалы группируются в два показателя «физический компонент здоровья» и «психологический компонент здоровья» (Приложение 2):

1. Физический компонент здоровья:

- физическое функционирование
- ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием
- интенсивность боли
- общее состояние здоровья.

2. Психологический компонент здоровья:

- психическое здоровье
- ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием
- социальное функционирование
- жизненная активность.

Результаты представляются в виде оценок в баллах по 8 шкалам, составленных таким образом, что более высокая оценка указывает на более высокий уровень качества жизни.

Обобщив результаты тестирования, до начала исследования, пациентов каждой из групп мы получили следующие результаты, представленные ниже графически.



Рисунок 3 - Оценка качества жизни пациентов мужского пола (до начала исследования)

Вывод: графически видно, что у пациентов мужского пола обеих групп, превалирует показатель психического здоровья (у мужчин исследовательской группы - 63, у мужчин контрольной группы – 64). Наименьший показатель это ролевая деятельность (у мужчин исследовательской группы - 24, у мужчин контрольной группы – 22). Низкий показатель ролевой деятельности говорит об изменениях, происходящих на психологическом уровне, неспособность пожилого человека что-либо сделать для других вызывает у него чувство вины, которое впоследствии прорастает равнодушием к окружающим, безучастным отношением к своему настоящему и будущему, к снижению эмоционального контроля. Нередко наблюдается у них эмоциональная черствость, снижение эмпатийности.

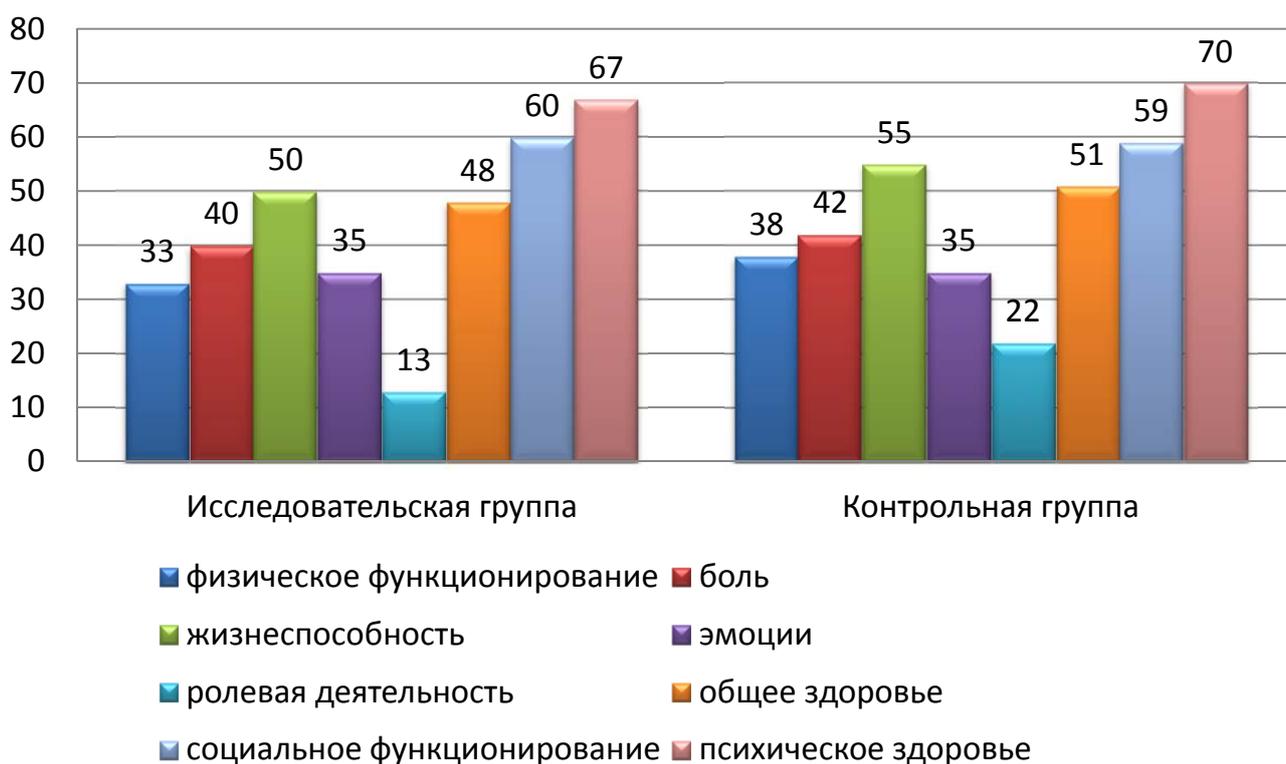


Рисунок 4 - Оценка качества жизни пациентов женского пола (до начала исследования)

Вывод: на основании результатов диаграммы, можно сделать вывод, что среди пациенток женского пола превалирует показатель психического здоровья (у женщин исследовательской группы равен - 70, у женщин контрольной группы - 67), данный показатель выше, чем у мужчин. Доминирует показатель ролевой деятельности (у женщин исследовательской группы равен - 13, у женщин контрольной группы - 22), низкие показатели по этой шкале свидетельствуют о том, что повседневная деятельность значительно ограничена физическим состоянием пациента.

Результаты исследования. Все пациенты, включенные в исследовательскую группу (45 человек), обеспечивались средствами ухода в необходимом количе-

стве. Пациенты контрольной группы (45 человек), абсорбирующие гигиенические средства не использовали.

Во время применения современных средств ухода у пациентов не было зафиксировано повреждения кожных покровов и аллергических реакций, что является немаловажным при уходе за кожей пожилого человека, так как она легко травмируется, трескается, разрывается, подвергается изъязвлению, плохо заживает. Специальная продукция по уходу за увядающей кожей предупреждает возникновение трофических изменений кожи.

Пациенты, применявшие современные средства ухода вели себя более уравновешенно, спокойно реагировали на длительно проводимые процедуры и исследования, состояние тревожности по поводу своего внешнего вида также было сведено к минимуму.

Ежедневная смена постельного белья не требовалась, т.к. не было зафиксировано промоканий. Отсутствовал специфический запах в палатах.

С целью выявления результатов, применения современных средств ухода было проведено повторное тестирование в конце лечения пациентов каждой группы. После чего все ответы обрабатывались, и результаты представлены графически ниже.



Рисунок 5 - Уровень тревожности у пациентов мужского пола исследовательской группы

Вывод: сравнивая показатели до и после исследования у пациентов мужского пола исследовательской группы, видно, что уменьшился показатель низкой реактивной тревожности на 10%. Возрос показатель умеренной реактивной тревожности на 15%, т.е. пациенты стали обращать внимание на наличие у них урогенитальных проблем и стараться их решить, используя современные средства ухода.

Оценивая личностную тревожность, отмечается тенденция к снижению: после исследования преобладающим показателем у пациентов мужского пола стал умеренный уровень личностной тревожности 55%, а до начала исследования уровень личностной тревожности был высоким 55%. Также после исследования у 5% пациентов отмечается низкая личностная тревожность.

Применение современных средств ухода у пациентов мужского пола исследовательской группы позволило снизить уровень личностной тревожности.

- Высокая реактивная тревожность
- Умеренная реактивная тревожность
- Низкая реактивная тревожность
- Высокая личностная тревожность
- Умеренная личностная тревожность
- Низкая личностная тревожность

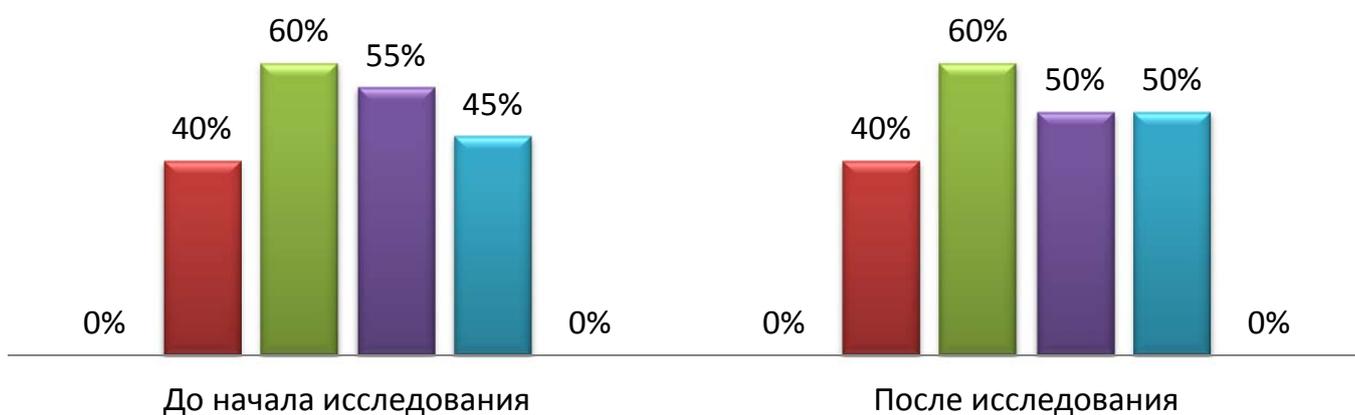


Рисунок 6 - Уровень тревожности у пациентов мужского пола контрольной группы

Вывод: на основании результатов диаграммы видно, что у пациентов мужского пола контрольной группы уровень реактивной тревожности остался на прежнем уровне, преобладает низкая реактивная тревожность - 60%. Оценивая личностную тревожность, снизился на 5% высокий уровень (50%), возрос умеренный (50%).

- Высокая реактивная тревожность
- Умеренная реактивная тревожность
- Низкая реактивная тревожность
- Высокая личностная тревожность
- Умеренная личностная тревожность
- Низкая личностная тревожность

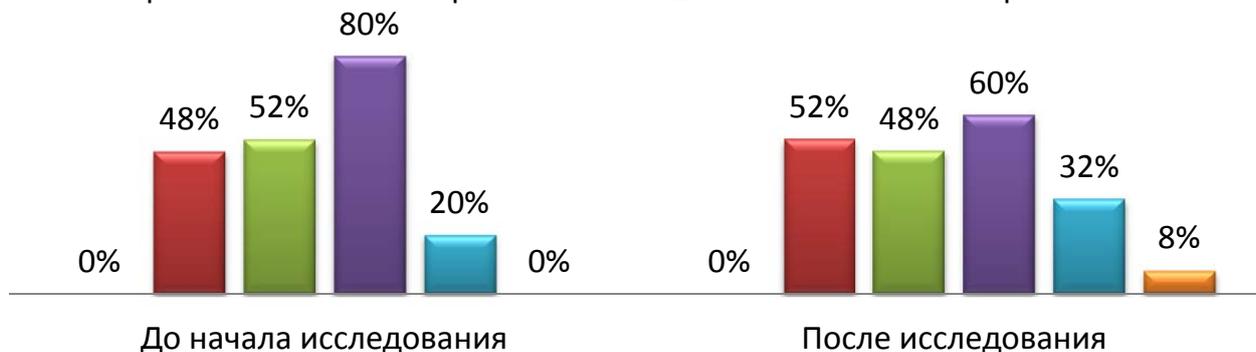


Рисунок 7 - Уровень тревожности у пациентов женского пола исследовательской группы

Вывод: исходя из результатов диаграмм видно, что возрос умеренный уровень реактивной тревожности на 4% и уменьшился показатель низкой реактивной тревожности на 4%. Умеренный уровень реактивной тревожности говорит о том, что пациентки также стали более адекватно относиться к своим урогенитальным проблемам и решать их, с помощью современных средств ухода.

Оценивая личностную тревожность, отмечается снижение высокого уровня личностной тревожности на 20%, увеличение умеренного уровня на 12%, а также у 8 % пациенток выявлен низкий уровень личностной тревожности. Данная динамика, свидетельствует о положительных моментах применения современных средств ухода.

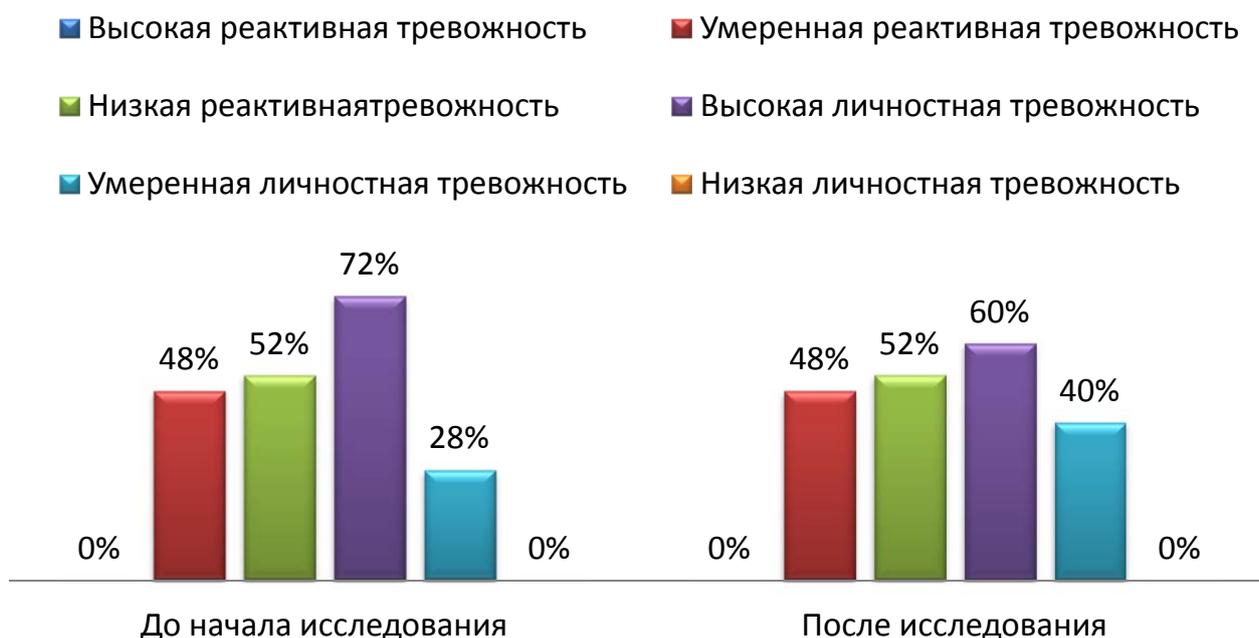


Рисунок 8 - Уровень тревожности у пациентов женского пола контрольной группы

Вывод: графически видно, что уровень реактивной тревожности у женщин контрольной группы остался на прежнем уровне, снизился высокий уровень личностной тревожности на 12% и возрос умеренный.

Снижение высокого уровня личностной тревожности у пациенток данной группы аргументируется получением лечения, неотъемлемую часть, которого составляет квалифицированный уход.

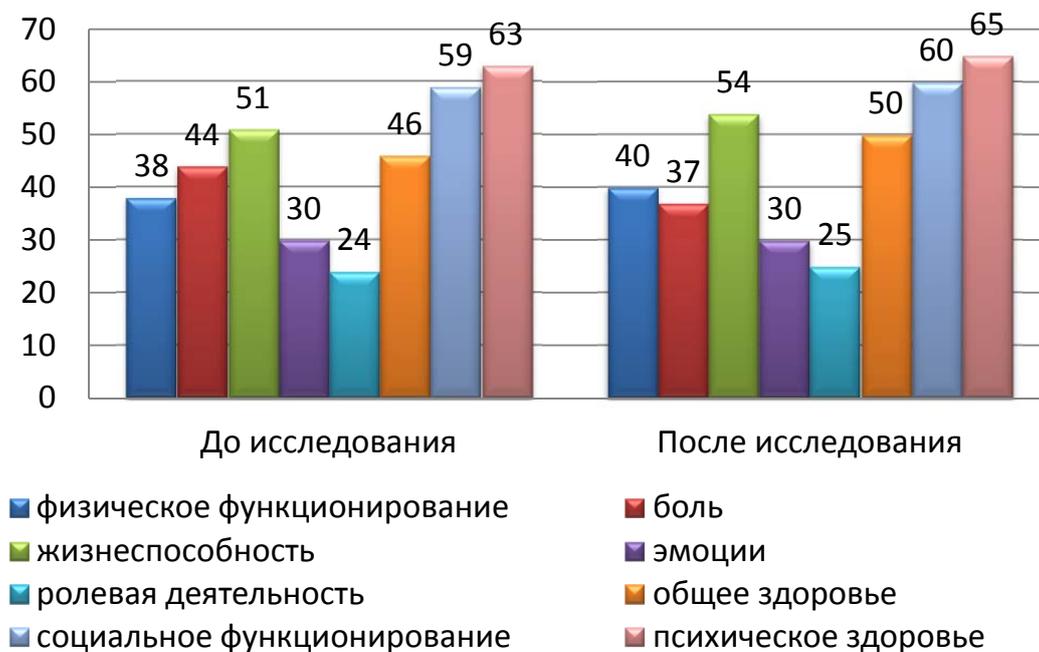


Рисунок 9 - Оценка качества жизни у пациентов мужского пола исследовательской группы (после исследования)

Вывод: Диаграммы показывают, что после исследования у пациентов мужского пола исследовательской группы, возросли все показатели. Уменьшился лишь на 7 показатель боли. Данная динамика свидетельствует об улучшении общего состояния пациентов и тем самым повышении качества их жизни.

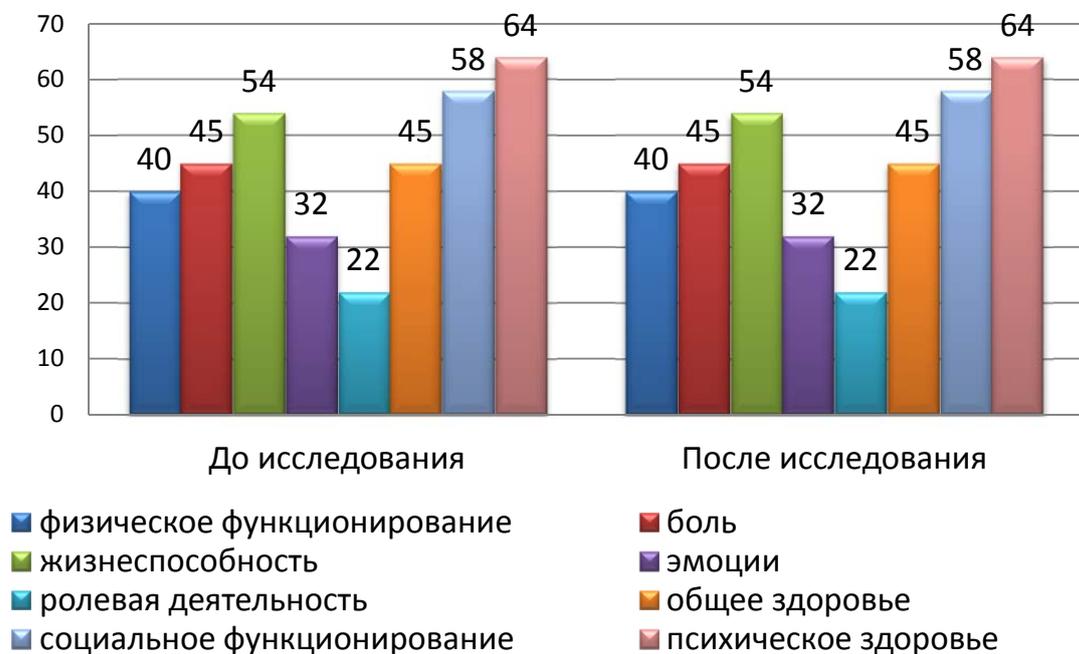


Рисунок 10 - Оценка качества жизни у пациентов мужского пола контрольной группы (после исследования)

Вывод: графически видно, что показатели остались на прежнем уровне это свидетельствует о том, что качество жизни не изменилось даже в период пребывания в стационаре, т.е. подручные средства не могут заменить современных средств ухода и гарантировать стопроцентной защиты.

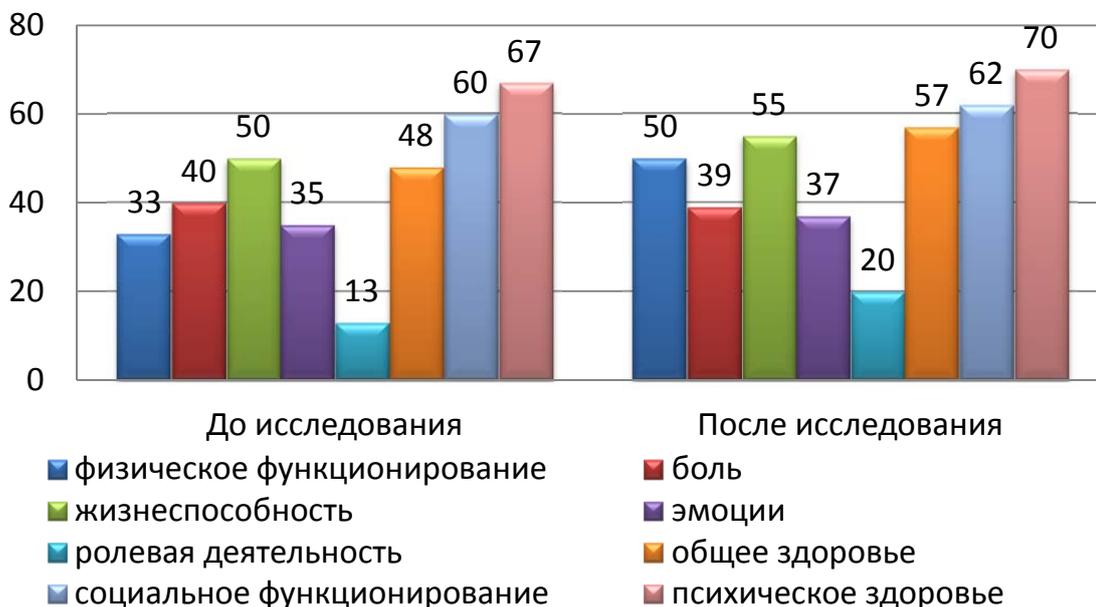


Рисунок 11 - Оценка качества жизни у пациентов женского пола исследовательской группы (после исследования)

Вывод: Диаграммы показывают, что после исследования у пациенток женского пола исследовательской группы, возросли все показатели. Отмечается лишь снижение показателя боли. Данная динамика свидетельствует об улучшении общего состояния пациенток и тем самым повышении качества их жизни.

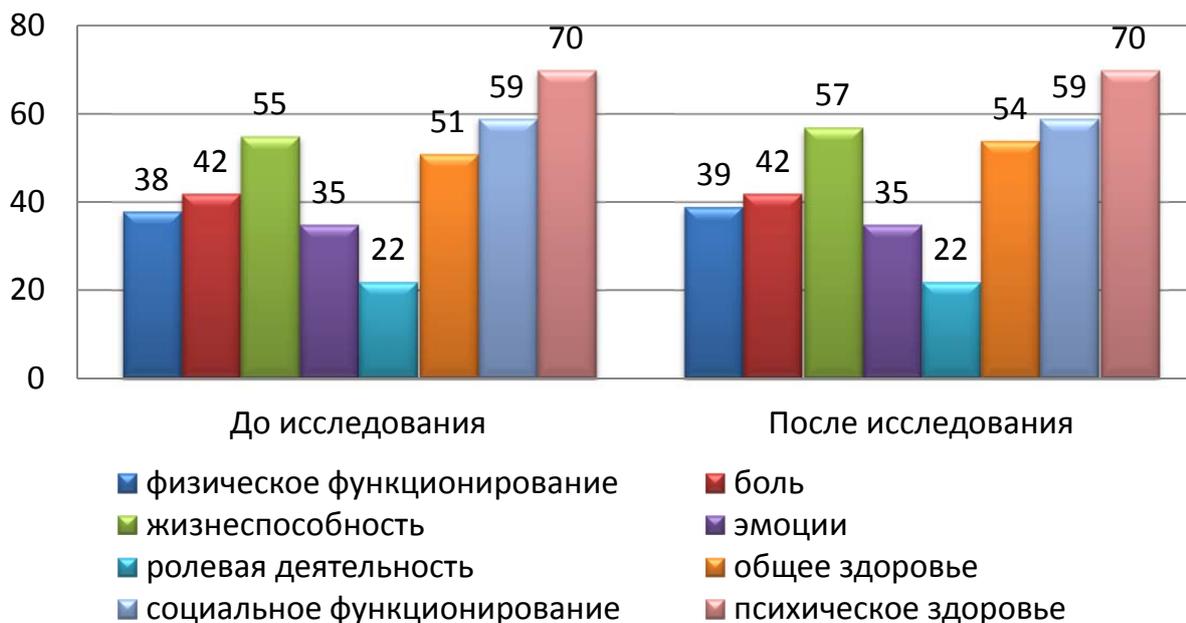


Рисунок 12 - Оценка качества жизни у пациентов женского пола контрольной группы (после исследования)

Вывод: графически видно, что показатели изменились незначительно, увеличился на 1 физическое функционирование, на 2 повысилась жизнеспособность, на 3 возросло общее здоровье, все остальные показатели остались на прежнем уровне.

Анализируя все вышеизложенное, мы пришли к выводу, что пациенты пожилого возраста с проблемой недержания мочи, имеют низкий уровень реактивной тревожности и высокий уровень личностной тревожности.

О том, что страдает психологический компонент здоровья у пациентов пожилого возраста с урогенитальными проблемами, говорят результаты теста SF36. Низкий показатель ролевой деятельности у пожилого человека интерпретируются как ограничение в выполнении повседневной работы, обусловленное ухудшением эмоционального состояния.

Применение современных средств ухода позволяет существенно улучшить качество жизни пожилых людей и снизить уровень личностной тревожности. Используя гигиенические абсорбирующие средства у наших пациентов, также можно отметить улучшение их психологического состояния, несмотря на короткий срок пребывания ими на койке.

Все пациенты исследовательской группы отметили положительные моменты использования средств: исчез страх за внешний вид, появилась возможность свободного перемещения, отсутствие специфического запаха, одним словом пожилые люди стали более адаптированы к своей проблеме. Многие из них прошли обучение в школе «Решение деликатной проблемы при недержании мочи», где получили ответы на все волнующие вопросы и рекомендации на дом.

Среди пациентов контрольной группы изменения показателей незначительны, что ещё раз подтверждает, что подручные средства не могут заменить современных средств ухода и гарантировать стопроцентной защиты.

Исследование доказало положительное влияние современных средств ухода на уровень тревожности пожилых пациентов с урогенитальными проблемами.

Заключение

Анатомо-физиологические системы человека в пожилом возрасте претерпевают более или менее значительные изменения. Зачастую многие пожилые люди склонны видеть в своих недугах признаки надвигающейся старости, считают это следствием своего возраста и полагают, что с этим уже ничего поделать нельзя.

Лекарства от старости ещё не придумали, вернее – от проблем, с нею связанных. Недержание мочи у пожилых – одна из таких проблем, отравляющих существование, резко снижающих качество жизни. Те, кто не сталкивался с подобной проблемой, не понять страдающего человека, его смущения, обиды, огорчения.

Физические неудобства, влажность, запах, раздражение кожи, дискомфорт – со всем этим приходится как-то жить пожилому пациенту и сохранять активность. Избавиться от неприятных ощущений и создать психологический комфорт помо-

гают современные средства ухода, которые позволяют пожилому человеку оторваться от дома, вести более активный образ жизни и быть социально значимым.

На основании результатов исследования можно сделать следующие выводы:

- необходимо проводить дальнейшее обучение пациентов в области решения урогенитальных проблем, объясняя необходимость и правила применения современных средств ухода. Обучение должно проходить, преимущественно в индивидуальной форме, исходя из особенностей психологии пожилого человека, учитывая при этом всю деликатность данной проблемы. Ведь справиться с проблемой, может только пациент, вооруженный знаниями.

- систематически повышать уровень знаний медицинских сестер по данной проблеме, так как только квалифицированный специалист может грамотно и правильно помочь пациенту, этому способствует посещение мастер - классов, семинаров, конференций, а также занятия в тренинг-центрах. Каждая медицинская сестра, должна помнить, что она является главным союзником пациента в решении его проблем.

- проводить дальнейшие исследования в данном направлении, ведь проблема как выяснилось, является актуальной и социально-значимой, возможен обмен опытом с другими медицинскими организациями. Именно сотрудничество и работа в команде позволит достичь наивысших результатов в решении урогенитальных проблем пожилых пациентов и улучшить качество их жизни.

Список используемой литературы

1. Александрова М.Д., Отечественные исследования социальных аспектов старения // Психология старости и старения: Хрестоматия/ Сост. Краснова О.В., Лидерс А.Г., - М.: Академия, 2003. - С.55-56.
2. Возрастная психология: учебник / под. ред. Белоусовой А.К., — Ростов н/Д: Феникс, 2012. — 591 с.
3. Гериатрия: Учебное пособие / Под. ред. Геботарева Д.Т., - М.: Медицина, 1990. - 240 с.
4. Гомберг В.Г., Пушхова Э.С., Отчет «Об эффективности применения одноразовых средств ухода за больными с инконтиненцией марки ТЕНА в условиях стационара» - С.Пб.- 2004 г.
5. Донская Т. «Умный подгузник» - абсолютная новация в уходе за больными/ Прелесть - 2008 (от 19.01)
6. Инновационные технологии в уходе за тяжелобольным пациентом: Учебное пособие/Осипова В.Л., Павлова С.Г. — М — 2011
7. Лидере А.Г., Кризис пожилого возраста: Гипотеза о его психологическом содержании // Психология зрелости и старения. — 2004.

8. Мряцкас Г., Алякна В., Черемных Е., Распространенность недержания мочи у мужчин преклонного возраста по данным анкетирования. // Урология. - 2007, № 2. С. 21-23
9. Приезжева Е.С., Снижение уровня эмоциональных расстройств у пациентов отделения реанимации и интенсивной терапии.//Ж. «Вестник ассоциации»2012, №5/9
10. Проблема недержания/Семейный доктор//Газета Дона- 2005 - № 25(341)
11. Проблемы людей старшего возраста/Аптечный вестник «Вита» - 2004 - №5(46)
12. Психологические формы преодоления стресса пожилыми пациентами / Сб. ММА им. И. М. Сеченова/ Мазаева Н. А., Сиряченко Т. М., Пекарская Л. И., Зорин В. Ю., - М.: 2000.
13. Психология старости и старения: Хрестоматия: Учеб. пособие для студ. психол. фак. высш. учеб. заведений/Сост. Краснова О.В., Лидере А.Г. — М.: 2003.
14. Пушкарь Д.Ю. Гиперактивный мочевого пузыря у женщин. - М., 2003.
15. Пушкова Э.С., Гомберг В.Г., Надь Ю.Т., Недержание мочи у пожилых женщин//Методическое пособие для врачей. - СПб., 2003
16. «Исследования в сестринском деле» 2011-2012г.г.//РАМС, ОРОО ОПСА -2012
17. Райгородский Д.Я. Практическая диагностика. Методики и тесты. Учебное пособие. — Самара: Издательский Дом «БАХРАХ-М», 2009. — 672 с.
18. Савицкий Г.А., Савицкий А.Г., Недержание мочи в связи с напряжением у женщин. - С-Пб. - 2000 - с. 136.
19. Севастьянов М.А., Пономарёв М.С., Миклашевич С.О., Бахова М.Г., Волович В.Б. Обеспечение инвалидов Санкт-Петербурга абсорбирующим бельём и памперсами за счёт средств Федерального бюджета/ Методические рекомендации - С.Пб – 2005
20. Серова Л.Д., Шубин С.В., Муромова С.И., Дуняшева Н.В., Инконтиненция и качество жизни пожилых людей/Геронтология - 2007 г.

Приложение 1

Шкала самооценки (тест Ч.Д. Спилбергера - Ю.Л. Ханина)

Данный тест является надежным источником информации о самооценке человеком уровня своей тревожности в данный момент (реактивная тревожность) и личностной тревожности (как устойчивой характеристики человека). Разработан Ч.Д.Спилбергером (США) и адаптирован Ю.Л.Ханиным.

Личностная тревожность характеризует устойчивую склонность воспринимать большой круг ситуаций как угрожающих, реагировать на такие ситуации состоянием тревоги. Реактивная тревожность характеризуется напряжением, бес-

покойством, нервозностью. Очень высокая реактивная тревожность вызывает нарушения внимания, иногда нарушения тонкой координации. Очень высокая личностная тревожность прямо коррелирует с наличием невротического конфликта, с эмоциональными и невротическими срывами и психосоматическими заболеваниями.

Но тревожность изначально не является негативной чертой. Определенный уровень тревожности - естественная и обязательная особенность активной личности. При этом существует оптимальный индивидуальный уровень "полезной тревоги".

Шкала самооценки состоит из 2 частей, отдельно оценивающих реактивную (РТ, высказывания № 1-20) и личностную (ЛТ, высказывания № 21-40) тревожность.

Показатели РТ и ЛТ подсчитываются по формулам:

$РТ = E1 - E2 + 35$, где E1 – сумма зачеркнутых цифр по пунктам шкалы 3,4,7,9,13,14,17,18; E2 - сумма остальных зачеркнутых цифр:1,2,5,8,10,15,16,19,20.

$ЛТ = E1 - E2 + 35$, где E1 – сумма зачеркнутых цифр по пунктам шкалы 22,23,24,25,28,29,31,32,34,35,37,38,40; E2 - сумма остальных зачеркнутых цифр: 21,26,27,30,33,36,39.

При интерпретации результат можно оценивать так:

до **30** - низкая тревожность;

31 - 45 - умеренная тревожность;

46 и более - высокая тревожность.

Значительные отклонения от уровня умеренной тревожности требуют особого внимания, высокая тревожность предполагает склонность к проявлению состояния тревоги в ситуациях оценки собственной компетентности. В этом случае следует снизить субъективную значимость ситуации и задач и перенести акцент на осмысление деятельности и формирование чувства уверенности в успехе.

Низкая тревожность, наоборот, требует повышения внимания к мотивам деятельности и повышения чувства ответственности. Но иногда очень низкая тревожность в показателях теста является результатом активного вытеснения личностью высокой тревоги с целью показать себя "в лучшем свете".

Инструкция:

«Прочитайте внимательно каждое из приведенных ниже предложений и зачеркните соответствующую цифру справа в зависимости от того, как вы себя чувствуете в данный момент. Над вопросами долго не задумывайтесь, поскольку правильных или неправильных ответов нет».

1. Я спокоен	Нет, это не так	Пожалуй, так	Верно	Совершенно верно
2. Мне ничто не угрожает	Нет, это не так	Пожалуй, так	Верно	Совершенно верно

3. Я нахожусь в напряжении	Нет, это не так	Пожалуй, так	Верно	Совершенно верно
4. Я испытываю сожаление	Нет, это не так	Пожалуй, так	Верно	Совершенно верно
5. Я чувствую себя свободно	Нет, это не так	Пожалуй, так	Верно	Совершенно верно
6. Я расстроен	Нет, это не так	Пожалуй, так	Верно	Совершенно верно
7. Меня волнуют возможные неудачи	Нет, это не так	Пожалуй, так	Верно	Совершенно верно
8. Я чувствую себя отдохнувшим	Нет, это не так	Пожалуй, так	Верно	Совершенно верно
9. Я встревожен	Нет, это не так	Пожалуй, так	Верно	Совершенно верно
10. Я испытываю чувство внутреннего удовлетворения	Нет, это не так	Пожалуй, так	Верно	Совершенно верно
11. Я уверен в себе	Нет, это не так	Пожалуй, так	Верно	Совершенно верно
12. Я нервничаю	Нет, это не так	Пожалуй, так	Верно	Совершенно верно
13. Я не нахожу себе места	Нет, это не так	Пожалуй, так	Верно	Совершенно верно
14. Я взвинчен	Нет, это не так	Пожалуй, так	Верно	Совершенно верно
15. Я не чувствую скованности, напряжения	Нет, это не так	Пожалуй, так	Верно	Совершенно верно
16. Я доволен	Нет, это не так	Пожалуй, так	Верно	Совершенно верно
17. Я озабочен	Нет, это не так	Пожалуй, так	Верно	Совершенно верно
18. Я слишком возбужден, и мне не по себе	Нет, это не так	Пожалуй, так	Верно	Совершенно верно
19. Мне радостно	Нет, это не так	Пожалуй, так	Верно	Совершенно верно
20. Мне приятно	Нет, это не так	Пожалуй, так	Верно	Совершенно верно
21. Я испытываю удовольствие	Нет, это не так	Пожалуй, так	Верно	Совершенно верно

22. Я очень легко устаю	Нет, это не так	Пожалуй, так	Верно	Совершенно верно
23. Я легко могу заплакать	Нет, это не так	Пожалуй, так	Верно	Совершенно верно
24. Я хотел бы быть таким же счастливым, как другие люди	Нет, это не так	Пожалуй, так	Верно	Совершенно верно
25. Нередко я проигрываю из-за того что недостаточно быстро принимаю решения	Нет, это не так	Пожалуй, так	Верно	Совершенно верно
26. Обычно я чувствую себя бодрым	Нет, это не так	Пожалуй, так	Верно	Совершенно верно
27. Я спокоен, хладнокровен и собран	Нет, это не так	Пожалуй, так	Верно	Совершенно верно
28. Ожидаемые трудности обычно очень беспокоят меня	Нет, это не так	Пожалуй, так	Верно	Совершенно верно
29. Я слишком переживаю из-за пустяков	Нет, это не так	Пожалуй, так	Верно	Совершенно верно
30. Я вполне счастлив	Нет, это не так	Пожалуй, так	Верно	Совершенно верно
31. Я принимаю все близко к сердцу	Нет, это не так	Пожалуй, так	Верно	Совершенно верно
32. Мне не хватает уверенности в себе	Нет, это не так	Пожалуй, так	Верно	Совершенно верно
33. Обычно я чувствую себя в безопасности	Нет, это не так	Пожалуй, так	Верно	Совершенно верно
34. Я стараюсь избегать критических ситуаций	Нет, это не так	Пожалуй, так	Верно	Совершенно верно
35. У меня бывает хандра	Нет, это не так	Пожалуй, так	Верно	Совершенно верно
36. Я доволен	Нет, это не так	Пожалуй, так	Верно	Совершенно верно
37. Всякие пустяки отвлекают и волнуют меня	Нет, это не так	Пожалуй, так	Верно	Совершенно верно
38. Я так сильно переживаю свои разочарования, что потом долго не могу забыть о них	Нет, это не так	Пожалуй, так	Верно	Совершенно верно
39. Я уравновешенный человек	Нет, это не так	Пожалуй, так	Верно	Совершенно верно

40. Меня охватывает сильное беспокойство, когда я думаю о своих делах и заботах	Нет, это не так	Пожалуй, так	Верно	Совершенно верно
---------------------------------------------------------------------------------	-----------------	--------------	-------	------------------

**Результаты теста Ч.Д. Спилбергера - Ю.Л. Ханина,
по определению реактивной и личностной тревожности у пациентов ис-
следовательской группы (до начала исследования)**

Пол	Реактивная тревожность			Личностная тревожность		
	Низкая	Умеренная	Высокая	Низкая	Умеренная	Высокая
Мужчины	12	7	1	0	9	11
Женщины	13	12	0	0	5	20

**Результаты теста Ч.Д. Спилбергера - Ю.Л. Ханина,
по определению реактивной и личностной тревожности у пациентов кон-
трольной группы (до начала исследования)**

Пол	Реактивная тревожность			Личностная тревожность		
	Низкая	Умеренная	Высокая	Низкая	Умеренная	Высокая
Мужчины	12	8	0	0	9	11
Женщины	13	12	0	0	7	18

**Результаты теста Ч.Д. Спилбергера - Ю.Л. Ханина,
по определению реактивной и личностной тревожности у пациентов ис-
следовательской группы (после исследования)**

Пол	Реактивная тревожность			Личностная тревожность		
	Низкая	Умеренная	Высокая	Низкая	Умеренная	Высокая
Мужчины	10	10	0	1	11	8
Женщины	12	13	0	2	8	15

**Результаты теста Ч.Д. Спилбергера - Ю.Л. Ханина,
по определению реактивной и личностной тревожности у пациентов кон-
трольной группы (после исследования)**

Пол	Реактивная тревожность			Личностная тревожность		
	Низкая	Умеренная	Высокая	Низкая	Умеренная	Высокая
Мужчины	10	10	0	0	10	10
Женщины	13	12	0	0	10	15

SF-36. Анкета оценки качества жизни

Инструкция. Этот опросник содержит вопросы, касающиеся Ваших взглядов на свое здоровье. Предоставленная Вами информация поможет следить за тем, как Вы себя чувствуете, и насколько хорошо справляетесь со своими обычными нагрузками.

36 пунктов опросника сгруппированы в восемь шкал: физическое функционирование, ролевая деятельность, телесная боль, общее здоровье, жизнеспособность, социальное функционирование, эмоциональное состояние и психическое здоровье. Показатели каждой шкалы варьируют между 0 и 100, где 100 представляет полное здоровье, все шкалы формируют два показателя: душевное и физическое благополучие.

Результаты представляются в виде оценок в баллах по 8 шкалам, составленным таким

образом, что более высокая оценка указывает на более высокий уровень КЖ. Количественно оцениваются следующие показатели:

1. **Физическое функционирование(Physical Functioning - PF)**, отражающее степень, в которой физическое состояние ограничивает выполнение физических нагрузок (самообслуживание, ходьба, подъем по лестнице, переноска тяжестей и т.п.). Низкие показатели по этой шкале свидетельствуют о том, что физическая активность пациента значительно ограничивается состоянием его здоровья.

2. **Ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием(Role-Physical Functioning - RP)** – влияние физического состояния на повседневную ролевую деятельность (работу, выполнение повседневных обязанностей). Низкие показатели по этой шкале свидетельствуют о том, что повседневная деятельность значительно ограничена физическим состоянием пациента.

3. **Интенсивность боли (Bodily pain - BP)** и ее влияние на способность заниматься

повседневной деятельностью, включая работу по дому и вне дома. Низкие показатели по этой шкале свидетельствуют о том, что боль значительно ограничивает активность пациента.

4. **Общее состояние здоровья (General Health - GH)** - оценка больным своего состояния здоровья в настоящий момент и перспектив лечения. Чем ниже бала по этой шкале, тем ниже оценка состояния здоровья.

5. **Жизненная активность (Vitality - VT)** подразумевает ощущение себя полным сил и энергии или, напротив, обессиленным. Низкие баллы свидетельствуют об утомлении пациента, снижении жизненной активности.

6. **Социальное функционирование (Social Functioning - SF)**, определяется степенью, в которой физическое или эмоциональное состояние ограничивает социальную активность (общение). Низкие баллы свидетельствуют о значительном

ограничении социальных контактов, снижении уровня общения в связи с ухудшением физического и эмоционального состояния.

7. Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (Role-Emotional - RE) предполагает оценку степени, в которой эмоциональное состояние мешает выполнению работы или другой повседневной деятельности (включая большие затраты времени, уменьшение объема работы, снижение ее качества и т.п.). Низкие показатели по этой шкале интерпретируются как ограничение в выполнении повседневной работы, обусловленное ухудшением эмоционального состояния.

8. Психическое здоровье (Mental Health - MH), характеризует настроение наличие депрессии, тревоги, общий показатель положительных эмоций. Низкие показатели свидетельствуют о наличии депрессивных, тревожных переживаний, психическом неблагополучии.

Шкалы группируются в два показателя «физический компонент здоровья» и «психологический компонент здоровья»:

1. Физический компонент здоровья (Physical health – PH)

Составляющие шкалы:

- Физическое функционирование,
- Ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием
- Интенсивность боли
- Общее состояние здоровья

2. Психологический компонент здоровья (Mental Health – MH)

Составляющие шкалы:

- Психическое здоровье
- Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием
- Социальное функционирование
- Жизненная активность

Ответьте на каждый вопрос, пометая выбранный вами ответ, как это указано. Если Вы не уверены в том, как ответить на вопрос, пожалуйста, выберите такой ответ, который точнее всего отражает Ваше мнение.

1. В целом Вы оценили бы состояние Вашего здоровья как (обведите одну цифру):

- Отличное.....1
- Очень хорошее.....2
- Хорошее.....3
- Посредственное.....4
- Плохое.....5

2. Как бы Вы в целом оценили свое здоровье сейчас по сравнению с тем, что было год назад? (обведите одну цифру)

Значительно лучше, чем год назад.....1

Несколько лучше, чем год назад.....2

Примерно так же, как год назад.....3

Несколько хуже, чем год назад.....4

Гораздо хуже, чем год назад.....5

3. Следующие вопросы касаются физических нагрузок, с которыми Вы, возможно, сталкиваетесь в течение своего обычного дня. Ограничивает ли Вас состояние Вашего здоровья в настоящее время в выполнении перечисленных ниже физических нагрузок? Если да, то в какой степени? (обведите одну цифру в каждой строке)

	Вид физической активности	Да, значительно ограничивает	Да, немного ограничивает	Нет, совсем не ограничивает
	Тяжелые физические нагрузки, такие как бег, поднятие тяжестей, занятие силовыми видами спорта	1	2	3
	Умеренные физические нагрузки, такие как передвинуть стол, поработать с пылесосом, собирать грибы или ягоды	1	2	3
	Поднять или нести сумку с продуктами	1	2	3
	Подняться пешком по лестнице на несколько пролетов	1	2	3
	Подняться пешком по лестнице на один пролет	1	2	3
	Наклониться, встать на колени, присесть на корточки	1	2	3
	Пройти расстояние более одного километра	1	2	3
	Пройти расстояние в несколько кварталов	1	2	3
	Пройти расстояние в один квартал	1	2	3
	Самостоятельно вымыться, одеться	1	2	3

4. Бывало ли за последние 4 недели, что Ваше физическое состояние вызывало затруднения в Вашей работе или другой обычной повседневной деятельности, вследствие чего (обведите одну цифру в каждой строке):

		Да	Нет
	Пришлось сократить количество времени, затрачиваемого на работу или другие дела	1	2
	Выполнили меньше, чем хотели	1	2
	Вы были ограничены в выполнении какого-либо определенного вида работы или другой деятельности	1	2
	Были трудности при выполнении своей работы или других дел (например, они потребовали дополнительных усилий)	1	2

5. Бывало ли за последние 4 недели, что Ваше эмоциональное состояние вызывало затруднения в Вашей работе или другой обычной повседневной деятельности, вследствие чего (обведите одну цифру в каждой строке):

		Да	Нет
А	Пришлось сократить количество времени, затрачиваемого на работу или другие дела	1	2
Б	Выполнили меньше, чем хотели	1	2
В	Выполняли свою работу или другие дела не так аккуратно, как обычно	1	2

6. Насколько Ваше физическое состояние или эмоциональное состояние в течении последних 4 недель мешало Вам проводить время с семьей, друзьями, соседями или в коллективе? (обведите одну цифру)

- Совсем не мешало.....1
- Немного.....2
- Умеренно.....3
- Сильно.....4
- Очень сильно.....5

7. Насколько сильную физическую боль Вы испытывали за последние 4 недели? (обведите одну цифру)

- Совсем не испытывал(а).....1
- Очень слабую.....2
- Слабую.....3
- Умеренную.....4
- Сильную.....5
- Очень сильную.....6

8. В какой степени боль в течение последних 4 недель мешала Вам заниматься Вашей нормальной работой, включая работу вне дома и по дому? (обведите одну цифру)

- Совсем не мешало.....1
 Немного.....2
 Умеренно.....3
 Сильно.....4
 Очень сильно.....5

9. Следующие вопросы касаются того, как Вы себя чувствовали и каким было Ваше настроение в течение последних 4 недель. Пожалуйста, на каждый вопрос дайте один ответ, который наиболее соответствует Вашим ощущениям. Как часто в течении последних 4 недель (обведите одну цифру в каждой строке):

		Все время	Большую часть времени	Часто	Иногда	Редко	Ни разу
А	Вы чувствовали себя бодрым(ой)?	1	2	3	4	5	6
Б	Вы сильно нервничали?	1	2	3	4	5	6
В	Вы чувствовали себя таким(ой) подавленным(ой), что ничто не могло Вас взбодрить?	1	2	3	4	5	6
Г	Вы чувствовали себя спокойным(ой) и умиротворенным(ой)?	1	2	3	4	5	6
Д	Вы чувствовали себя полным(ой) сил и энергии?	1	2	3	4	5	6
Е	Вы чувствовали себя упавшим(ей) духом и печальным(ой)?	1	2	3	4	5	6
Ж	Вы чувствовали себя измученным(ой)?	1	2	3	4	5	6
З	Вы чувствовали себя счастливым(ой)?	1	2	3	4	5	6
И	Вы чувствовали себя уставшим(ей)?	1	2	3	4	5	6

10. Как часто в последние 4 недели Ваше физическое или эмоциональное состояние мешало Вам активно общаться с людьми? Например, навещать родственников, друзей и т.п. (обведите одну цифру)

- Все время.....1
 Большую часть времени.....2
 Иногда.....3
 Редко.....4
 Ни разу.....5

11. Насколько **ВЕРНЫМ** или **НЕВЕРНЫМ** представляется по отношению к Вам каждое из ниже перечисленных утверждений? (обведите одну цифру в каждой строке)

	Определенно верно	В основном верно	Не знаю	В основном неверно	Определенно неверно
Мне кажется, что я более склонен к болезням, чем другие	1	2	3	4	5
Мое здоровье не хуже, чем у большинства моих знакомых	1	2	3	4	5
Я ожидаю, что мое здоровье ухудшится	1	2	3	4	5
У меня отличное здоровье	1	2	3	4	5

Эффективность школы здоровья для пациентов, страдающих туберкулезом в сочетании с психическими расстройствами

Романец И.Г.,
 медицинская сестра палатная
 психиатрического туберкулезного отделения №15
 БУЗОО «КПБ им. Н.Н. Солодникова»

Калугина Т. А.,
 старшая медицинская сестра палатная
 психиатрического туберкулезного отделения №15
 БУЗОО «КПБ им. Н.Н. Солодникова»

Научный руководитель: Одарченко С.С.,
 заместитель главного врача
 по организационно-методической консультативной
 работе БУЗОО «КПБ им. Н.Н. Солодникова», д.м.н.

Актуальность темы. В настоящее время эффективность лечения больных туберкулезом даже после внедрения в ряде территорий контролируемой терапии, к сожалению, остается низкой. Одной из причин этому - прерывание химиотера-

пии и ее досрочное прекращение. Прежде всего, эта проблема касается лиц с психическими расстройствами в связи с отнесением последних к глубоко дезадаптированному контингенту. Туберкулез, и, в еще большей степени, психическое расстройство, относятся к заболеваниям, которые вызывают отгороженность, дистанцированность и дискриминацию психически больных со стороны общества. Реакцией больного на стигматизацию общества является его самостигматизация и отсутствие мотивации к лечению. Что, в свою очередь, ставит актуальным вопрос изменения методологического подхода к превенции, лечению и реабилитации психически больных, страдающих туберкулезом легких, основанного на биопсихосоциальной модели заболевания и определяет актуальность настоящего исследования.

Новизна исследования заключается в том, что впервые была разработана школа здоровья для пациентов, страдающих туберкулезом в сочетании с психическими расстройствами для повышения вероятности благоприятного исхода туберкулеза легких.

Цель исследования: определение эффективности и обоснования тактики обучения, профилактических и реабилитационных мероприятий в Школе здоровья для пациентов с психическими расстройствами коморбидными туберкулезу.

В соответствии с целью определены следующие задачи исследования:

1. Изучить (или определить, описать) клинический, социальный статус контингента психически больных с туберкулезом легких, прошедших обучение в школе Здоровья за период 2011-2014 г.
2. Оценить уровень информированности знаний о заболевании слушателей школы до и после обучения.
3. Оценка качества проводимых занятий слушателями.
4. Выявить психологические, социально-средовые факторы, влияющие на досрочное прекращение химиотерапии слушателей школы после выписки из стационара.
5. Изучить эффективность работы школы (т.е. влияние образовательного компонента на динамику туберкулезного процесса и на повторные поступления).
6. Разработать программу обучения родственников.
7. Обучение сестринского и младшего персонала правилам общения с психиатрическими пациентами страдающими туберкулезом.

Ход исследования. Работа проводилась в психотуберкулезном отделении №15 Областной психиатрической больницы в период с 2011 по 2014 год. За этот период в Школе прошли обучение 168 (20,4% от всех пролеченных за этот период пациентов-823) пациентов,. Из них 42 (25%) женщины и 126 (75%) мужчин.

Со всеми слушателями Школы проводилось анкетирование по оценке знаний о заболевании (на первом и последнем занятии), качества обучения в Школе (на последнем занятии), а также анкетирование с целью выявления отношения

пациента к болезни, социальной поддержке и медицинскому персоналу (приложение 1,2,3).

Работа проводилась в психотуберкулезном отделении №15 Областной психиатрической больницы в период с 2011 по 2014 год. За этот период в Школе прошли обучение 168 (20,4% от всех пролеченных за этот период пациентов-823) пациентов, в возрасте от 25 до 58 лет, страдающих психическим заболеванием в сочетании с активным туберкулезом легких. Из них 42 (25%) женщины и 126 (75%) мужчин.

Со всеми слушателями Школы проводилось анкетирование по оценке знаний о заболевании (на первом и последнем занятии), качества обучения в Школе (на последнем занятии), а также анкетирование с целью выявления отношения пациента к болезни, социальной поддержке и медицинскому персоналу.

Оценка эффективности проводилась по следующим индикаторам: закрытие полостей распада и прекращение бактериовыделения в соответствии с данными клинико-рентгенологического и бактериологического исследования.

- +Д – положительная динамика, эффективное лечение: закрытие полостей распада, прекращение бактериовыделения.
- Д – отрицательная динамика, неэффективное лечение: при клинико-рентгенологическом обследовании наблюдалось прогрессирование туберкулезного процесса, появление новых полостей распада, бактериовыделения.
- 0Д – динамика отсутствовала, течение туберкулеза вялое, затяжное, торпидное или волнообразное. Лечение неэффективное.

Для оценки вероятности благоприятного исхода туберкулеза легких был использован количественный показатель: +Д/-0Д, равный отношению процента больных с эффективным лечением к проценту больных с неэффективным лечением (процент больных с отрицательной динамикой + процент больных с вялым затяжным течением туберкулеза).

В виду отсутствия возможности проследить продолжение лечения пациента на амбулаторном этапе после выписки из стационара, были взяты за основу такие показатели, как количество прервавших лечение в связи с выпиской и повторных поступлений в стационар (по психическому состоянию).

Как видно из рисунка 1 «Базовый» социальный статус обследуемых представлен следующим образом: работающих было - 9(5,4%) человек, безработных трудоспособного возраста -45(26,8%) человек, пенсионеров по инвалидности - 102(60,7%) , пенсионеров по возрасту- 12 (7,1%). 10,7%(18 человек) не имели определенного места жительства. 11,3% (19 человек) ранее находились в исправительно-трудовых учреждениях. Интерактивную, двустороннюю связь с родственниками имели 57 (33,9%) пациентов, у 111(66,1%) пациентов связь с родственниками была формальная или отсутствовала.

На рисунке 1 представлены социальный статус участников школы.



Рисунок 1 - Социальный статус слушателей школы

Туберкулез легких был представлен следующими нозологиями (рис.2): инфильтративный – 104 пациента (61,9%), очаговый - 11 (6,5%), диссеминированный - 5 (1,7%), фиброзно-кавернозный - 24 (14,2%), плеврит туберкулезной этиологии - 1 (0,6%), туберкуломы - 23 (13,7%).

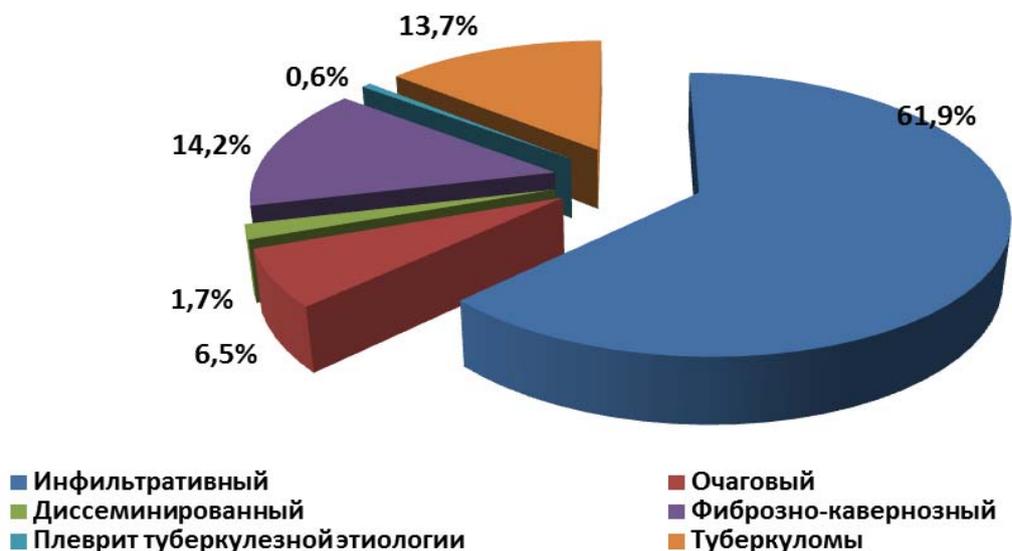


Рисунок 2 - Нозология туберкулеза легких

Полости распада (CV+) в начале заболевания (рис.3) были выявлены у 21 пациентов (12,5%), бактериовыделение (МБТ+) – у 67 пациентов (39,9%). Устойчи-

вость МБТ к противотуберкулезным препаратам (ПТП) определялась у 19 человек (11,3%), МЛУ- у 5(2,9%).

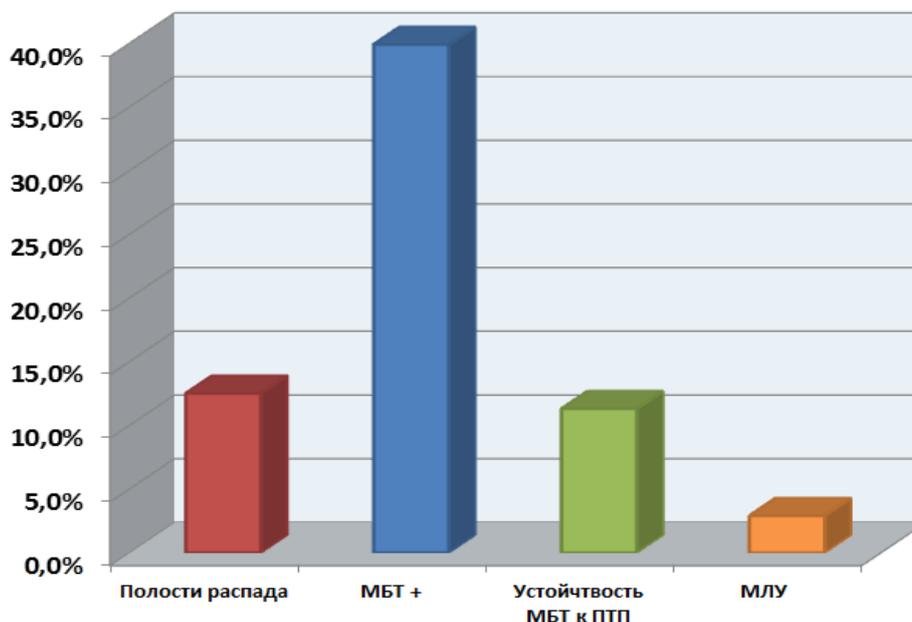


Рисунок 3 - Нозология туберкулеза легких по полости распада

Психическая патология: диагноз шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства был выставлен 83 пациентам (49,4%), органические психические расстройства – 37 (22%), умственная отсталость – 18(10,7%), алкоголизм – 28 (16,7%), аффективные расстройства - 2 (1,2%) .

Основная деятельность Школы была направлена на обучение пациентов методам диагностики, лечения и профилактики туберкулеза, снижения неблагоприятного влияния на здоровье поведенческих факторов риска (вредные привычки, питание, образ жизни и т.д.), психологической и социальной поддержки.

Задачами Школы являлись:

1. Формирование у пациентов стимулов к выздоровлению и соблюдению режима химиотерапии.
2. Преодоление когнитивных нарушений, связанных с психическим расстройством, в отношении хронической инфекционной патологии легких.
3. Профилактика и коррекция маргинализации пациентов с психическими расстройствами, коморбидными туберкулезу.
4. Профилактика аддиктивных тенденций у пациентов с психическими расстройствами, коморбидными туберкулезу.
5. Повышение образовательного уровня персонала, принимающих участие в лечении и реабилитации психически больных с коморбидной инфекционной патологией.

Критериями отбора пациентов для занятий в Школе являлись:

- отсутствие острой психотической симптоматики;
- относительная интеллектуальная сохранность;
- полная и частичная сохранность навыков самообслуживания;
- организованный досуг;
- желание пациентов;

Непосредственно занятия с основной группой слушателей проводили медицинские сестры, прошедшие специальное обучение.

Обучение пациентов проводилось по мульти дисциплинарному принципу и в зависимости от тематик в Школе принимали участие врач-психиатр, врач-фтизиатр, медицинский психолог, специалист по социальной работе.

Школа включала в себя 8 занятий (приложение 4). Занятия в Школе здоровья носили цикличный характер и проводились в интерактивной форме. Основной формой обучения пациентов являлись специализированные, образовательные группы (закрытые). Численность слушателей в группе – 6-8 человек. Продолжительность обучения – 1,5- 2 месяца, число занятий - 8, продолжительность занятия – 1 час.

Структура занятия состояла из вводной, информационной, активной и заключительной частей.

С целью создания комфортной учебной атмосферы, сближения участников группы и преодоления психологических барьеров в водной части занятий проводилась разминка, на которой слушатели знакомились друг с другом и преподавателем, рассказывали о себе, дискутировали на тему правил работы в Школе, заполняли анкеты и опросники.

В информативной части преподавателем непосредственно излагался материал с обязательным использованием иллюстраций, либо фильмов и наглядных пособий по теме занятий.

Активная часть занятий использовалась для получения обратной связи в виде обсуждения полученной информации, игровой формы проверки знаний, выполнения участниками «домашнего задания», закрепляющего учебный материал.

В конце занятия все слушатели дополнительно получали информационные материалы: листовки, памятки, буклеты и др. Персональный учет, учет посещаемости, результаты анкетирования пациентов вносились в электронную базу слушателей школы. Для тех, кто прошел обучение в Школе здоровья, на лицевой стороне медицинской карты ставилась отметка «Школы здоровья для психически больных, страдающих туберкулезом легких», с указанием даты завершения занятий в Школе.

Анализ анкетирования слушателей по оценке знаний о заболевании на первом и последнем занятии представлен на рисунке 4.



Рисунок 4 - Анализ анкетирования по оценке знаний о заболевании

Из рисунка 4 видно, что до начала занятий в группе только 46% пациентов знали, чем они болеют (100%), 12% пациентов не знали, есть ли у них бактериовыделение и заразны ли они (2%), 63% не могли выделить симптомов заболевания (1%), 81% пациентов – не знали о необходимости соблюдения фармакотерапии после выписки из стационара (2%), 87% не имели представления о правилах личной гигиены (1%), 44% не знали, сколько времени им нужно, чтобы вылечиться (8%) и 12% не доверяли лечащему (1%).

Кроме этого, проведенное исследование выявило высокий уровень самостигматизации психически больных по таким понятиям как неизлечимость 46,7%, и постыдность заболевания 60%. Самостигматизация пациентов оказывала наиболее сильное негативное влияние на исход туберкулеза легких по сравнению с другими субъективными установками.

После обучения в школе, уровень информированности пациентов о своём заболевании повысился на 48%. В процессе занятий пациенты научились распознавать болезненные проявления в самом начале их возникновения. 96% узнали больше о своем заболевании, факторах риска, профилактике и образе жизни, и только 4% пациентов ответили, что уже владели данной информацией за исключением соблюдения санитарно-эпидемиологического режима (правильности обработки предметов личной гигиены, посуды и т.д.).

Качество обучение представлено в рисунке 5, как «хорошее» оценили 78% слушателей, «отличное»-18%, «удовлетворительное» - 4%.

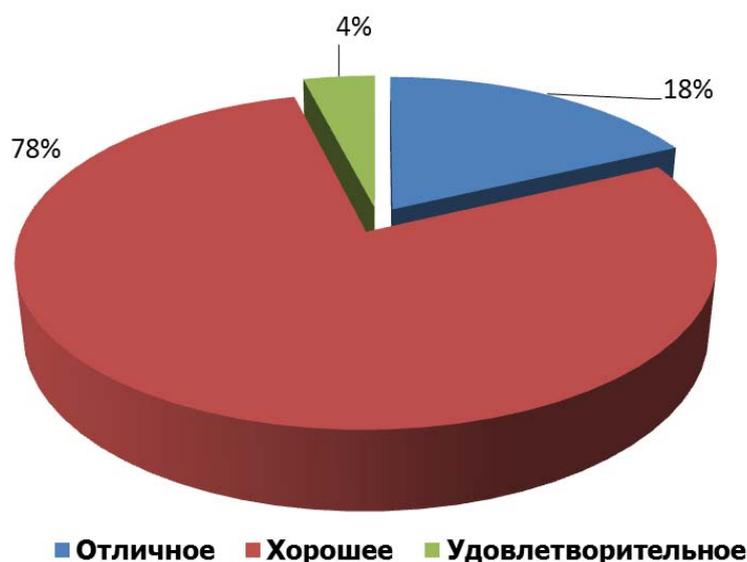


Рисунок 5 - Качество обучения в Школе здоровья

Причем для большинства (82%) пациентов отделения оказалось наиболее важным общение с другими пациентами, в ходе которого они могли получить необходимую им моральную поддержку, а также возможность поделиться своими проблемами.

В процессе лечения и посещения занятий положительная динамика (+Д) наблюдалась у 127 (75,5%) слушателей, при этом наиболее заметной она была у тяжелого контингента пациентов - 19(11,3%) человек с фиброзно-кавернозным туберкулезом. Отсутствовала динамика (0Д) у 32 (19%) пациентов и была отрицательной (-Д) у 9 (5,5%)- это контингент с хроническим течением туберкулезного процесса, являющиеся бактериовыделителями устойчивыми к ПТП и в прошлом неоднократно выписанные из стационара. Абацилирование наблюдалось у 54 слушателей, что составило 80,5 % от числа бактериовыделителей в начале заболевания и улучшило показатель на 32,2%.

Эффективность проведения занятий отмечалась и врачами отделения, которые считали, что с пациентами, прошедшими весь цикл занятий легче удавалось достичь доверительных отношений и положительного настроения на дальнейшее поддерживающее лечение.

Современная оценка результатов лечения не фокусируется на динамике клинических симптомов как терапевтической самоцели, а включает ряд параметров, касающихся пациента, его семьи, общества, меру комплайенса.

Мы пришли к выводу, что анкетирование с целью выявления отношения пациента к болезни, социальной поддержке и медицинскому персоналу, позволит нам определить круг лиц, психосоциальный портрет которых соответствует пациентам, досрочно прекратившим курс химиотерапии после выписки из стационара, так как соблюдение лекарственного режима определяет эффективность терапии отдельного пациента.

Было установлено, что 78,5% (132) слушателей могли прервать лечение в любой момент или же вообще его забросить. Данный показатель формировали в первую очередь факторы, определяющие социальное функционирование пациентов в макросоциуме – у 39,4% (52) слушателей (утрата навыков самообслуживания, не способность участвовать в трудовых процессах и структурировать свой досуг, а также желание вести свободный образ жизни, злоупотребление алкоголем и отсутствие веры в излечение),

в микросоциуме – у 32,5%(43)(в условиях отделения: явление госпитализма, отсутствие поддержки родственников, важное значение приобретало наличие и качество межличностных контактов с окружающими пациентами, медицинским персоналом), у 28%(37) главную роль играли «базовые» социальные проблемы, которые обеспечивали возможность выписки из стационара (отсутствие жилья, семьи, социального пакета и т.д.).

Преодолению возникших проблем способствовало участие в Школе здоровья специалистов по социальной работе и психологов.

Проанализировав зависимость динамики туберкулеза легких от социального статуса пациентов (наличия пакета документов, удостоверяющих личность и дающих право на получение пенсии) было выявлено, что восстановление полного пакета документов увеличивало вероятность благоприятного исхода туберкулезного процесса в 2,6 раза по сравнению с теми пациентами, кто документов не имел (+Д/-ОД составило 3,9-27,7%, и 1,5- 17,7% соответственно).

Кроме этого было установлено, что у пациентов, которые сохранили теплые взаимоотношения с родными и близкими, поддерживали с ними активную связь, проявляли заботу вероятность благоприятного исхода (+Д/-ОД составило 37,7% и 5,3) – в 1,6 раза чаще, чем у пациентов, у которых связь с родственниками была формальная или отсутствовала. (23,5% и 3,3 соответственно).

Мы можем повышать образовательный уровень пациентов, информируя их о самом заболевании, в процессе обучения решать психосоциальные проблемы, но мы также уверены, что коммуникация «медицинский персонал – пациент», в значительной степени влияет на формирование у пациента отношения к лечению.

Изучив влияние отношений слушателей к медицинскому персоналу было выявлено, что у пациентов, которые строили с медицинским персоналом доброжелательные отношения, считая, что санитары и медсестры внимательно и добросовестно выполняют свои обязанности, туберкулез прогрессировал (11,8%) в 2,3 раза реже, а лечение расценивалось как эффективное в 2 раза чаще (+Д/-ОД=4,8, 49%), чем у больных, характеризовавших медработников невнимательными и безответственными (+Д/-ОД=2,4, 24,5%,).

Желание сотрудничать с медперсоналом повышало ответственность пациентов за конечный результат терапии. У пациентов, которые стремились соблюдать режим отделения, выполнять распоряжения медицинских работников, добросовестно принимать лекарства и испытывали муки совести за обман, вероят-

ность благоприятного исхода туберкулеза была в 2 раза выше (+Д/-ОД=5), а отрицательная динамика (+Д/-ОД=1 и 8,1%) диагностировалась в 3 раза реже по сравнению с теми пациентами, которые не связывали себя моральными обязательствами перед медперсоналом (+Д/-ОД=2 и 24,3%).

Таким образом, было установлено, что динамика туберкулезного процесса зависела от характера межличностных отношений, от избирательности и предпочтения, которое отдавали пациенты при общении в условиях Школы.

В соответствии с Законом РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» от 2 июля 1992г., госпитализация в психиатрический стационар осуществляется в добровольном порядке, с согласия пациента. Так же в добровольном порядке, по заявлению больного, осуществляется выписка из стационара, если психическое состояние пациента не соответствует критериям статьи 29, в которой определены показания для недобровольной госпитализации, осуществляемой с санкции судьи. Основанием для госпитализации и выписки пациента из психотуберкулезного отделения психиатрической больницы является его психическое состояние. Наличие коморбидной патологии, активного туберкулеза легких вне зависимости от формы и стадии процесса, сдерживающим фактором не является. Поэтому из стационара выписываются недолеченные, имеющие полости распада и бактериовыделение психически больные.

Среди прошедших учебу в Школе, прервавших лечение в связи с выпиской из стационара на амбулаторное долечивание было 25 человек (14,8%). По сравнению с общим количеством пролечившихся пациентов в данном отделении этот показатель был ниже в 2,3 раза (15,6%). А также нами установлено снижение процента повторных поступлений в 3,2 раза (соответственно 7,4% и 23,7%) в связи с психическим заболеванием (рис. 6).

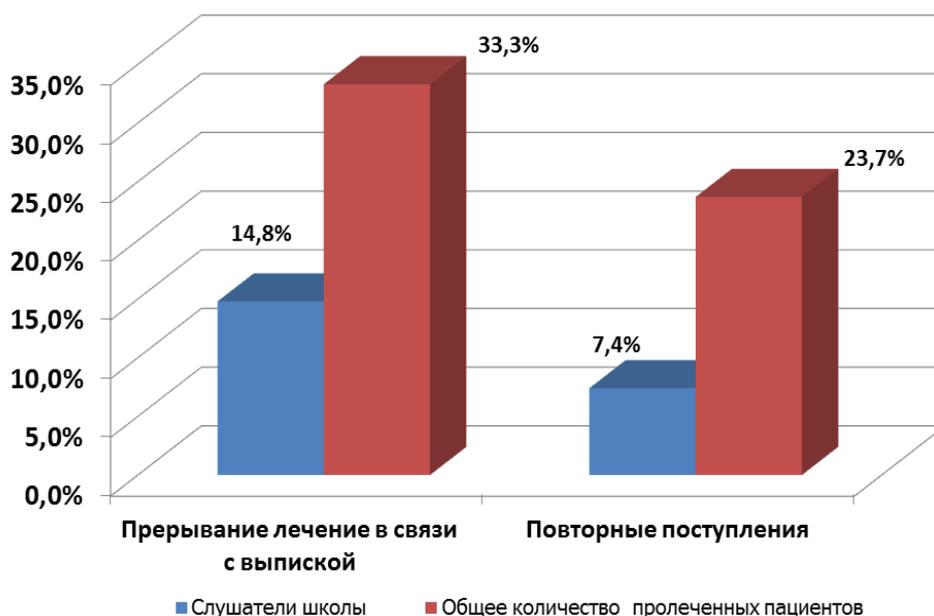


Рисунок 6 - Эффективность занятий в Школе здоровья

Таким образом, в результате нашего исследования мы пришли к следующим выводам:

Обучение пациентов в Школе здоровья для психически больных страдающих туберкулезом легких повышало вероятность благоприятного исхода туберкулеза легких.

Решая в процессе обучения «базовые» социальные проблемы пациентов, выстраивая доверительные отношения с пациентами и налаживая связи с родственниками, тем самым мы стимулировали пациентов на соблюдение режима фармакотерапии после выписки из стационара, что отразилось в снижении % повторных поступлений.

С целью уменьшения неблагоприятного воздействия субъективных оценок пациентов на динамику туберкулеза легких необходимо проведение образовательных программ не только с пациентами, но и их родственниками, которые направлены на повышение уровня знаний о психической болезни и туберкулезе легких, формирование «прямого» и «опосредованного» комплайенса.

С этой целью нами составлена программа занятий с родственниками пациентов «Поддержка в семье психически больных, страдающих туберкулезом» (приложение 5).

В результате исследования у пациентов улучшилась социально-бытовая и психологическая адаптация пациентов в семье. Снизилась потребность пациентов в стационарной помощи и социальном обслуживании. По результатам опроса почти в ста процентах случаев родственники пациентов удовлетворены качеством обучения и считают необходимым функционирование этой школы. Таким образом, исследование свидетельствует об актуальности изучения.

Список используемой литературы

1. Рабухин А.Е. Туберкулез органов дыхания у взрослых. М.: «Медицина», 1976. С. 328.
2. Хоменко А.Г. Руководство по внутренним болезням. Туберкулез. М.: «Медицина», 1996. С. 493.
3. Фтизиатрия, национальное руководство / под ред. М.И. Перельмана. —М.: ГЭОТАР-Медна, 2007. С. 512.
4. Туберкулез в Российской Федерации, 2009 г. Аналитический обзор статистических показателей по туберкулезу, используемых в Российской Федерации. М., 2010. С. 224, 280.
5. Global Tuberculosis Report, 2012. Geneva: World Health Organization. WHO/HTM/TB/2012.
6. Отраслевые показатели противотуберкулезной работы в 2008–2009 гг. Статистические материалы.

7. Ковалева А.И. Концепция социализации молодежи: нормы, отклонения, социализационная траектория // Социологические исследования. 2003. № 1. Сс. 109–114.
8. Приказ Минздрава РФ от 21.03.2003 № 109 «О совершенствовании противотуберкулезных мероприятий в Российской Федерации».
9. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 29.12.2010 № 1224н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным туберкулезом в Российской Федерации».
10. Стерликов С.А., Кучерявая Д.А., Богородская Е.М., Гордина А.В., Социальная помощь больным в туберкулезных кабинетах: формы и источники финансирования [электронный ресурс] //Фтизиатрия и пульмонология. 2011. № 2 (2). Сс. 171-172. URL: http://ftiziopulmo.ru/fp/i/full/2_2011_100_sotsialnaya_.pdf (дата обращения: 17.11.2012 г.)
11. Cochrane G. M., Horne R, Chanez P. (1999) «Compliance in asthma therapy» Respir Med Nov 93:763–769.

Приложение 1

Анкета по оценке знаний слушателей Школы здоровья психически больных, страдающих туберкулезом до обучения (после обучения)

Дата «___» _____ 20 г.

Ф.И.О. (возраст) _____
 Социальная группа (рабочий, служащий, студент, безработный, работающий пенсионер, неработающий пенсионер, родственник пациента)

Уважаемый слушатель Школы, пожалуйста, прочтите внимательно нижеследующие утверждения и отметьте, согласны ли Вы с ними или нет в соответствующем квадрате: «согласен» («Да»), «не согласен» («Нет»), «затрудняюсь ответить» («Не знаю»).

№	Утверждение	Ответ		
		Да	Нет	Не знаю
1	Туберкулез – это заразное заболевание.			
2	Туберкулез может быть угрозой для моей семьи и окружающим.			
3	Туберкулёз поражает только лёгкие.			

№	Утверждение	Ответ		
		Да	Нет	Не знаю
4	Туберкулез вызывает вирус.			
5	Туберкулез вызывает палочка Коха.			
6	Туберкулез передаётся при разговоре, кашле и чихании			
7	Туберкулез передается при переливании крови, при укусе комара или другого насекомого.			
8	Если в организм человека попала туберкулезная палочка, то человек обязательно заболит туберкулёзом.			
9	Туберкулез легких может вызвать отклонения в поведении и психические нарушения.			
10	С целью выявления туберкулёза на ранних стадиях, всем взрослым необходимо проходить флюорографическое обследование в поликлинике не реже 1 раза в год.			
11	Флюорографического обследования достаточно для выявления туберкулёза.			
12	Основные проявления туберкулеза легких: длительный кашель с мокротой, иногда с кровохарканьем, температура от 37.0 до 38.0 более 7 дней, слабость, ночная потливость и значительное похудение.			
13	Туберкулез не излечим.			
14	Лечиться от туберкулеза или нет, решает сам больной.			
15	Для излечения от туберкулеза необходимо не прерывать лечение.			
16	При перерывах приема противотуберкулезных лекарств может возникнуть лекарственно устойчивый туберкулез.			
17	Лекарственно устойчивый туберкулез трудно поддается лечению.			
18	Противотуберкулёзные препараты очень токсичны и вызывают тяжёлые побочные эффекты.			
19	Больному туберкулёзом, который выделяет туберкулезную палочку, необходимо проходить лечение строго в стационаре, прикрывать рот при кашле и носить маску (респиратор).			
20	Лечение туберкулёза заканчивается, когда больной прекращает выделять туберкулезную палочку.			
21	Туберкулез можно вылечить народными средствами			
22	При отказе от лечения больной может стать инвалидом или даже умереть.			
23	Человек, излеченный от туберкулеза, может работать, посещать общественные места вместе со всеми людьми.			

№	Утверждение	Ответ		
		Да	Нет	Не знаю
24	Основными в питании больного туберкулезом должны быть блюда из мясных и молочных продуктов.			
25	Питание, здоровый образ жизни – основы лечения туберкулеза			
26	При заболевании туберкулезом, находясь в домашних условиях необходимо соблюдать правила личной гигиены и систематически проводить текущую дезинфекцию.			
27	Употребление алкоголя и курение способствует заражению туберкулезом			
28	Болезнь туберкулезом стыдно			
29	Я достаточно проинформирован о туберкулезе на послед			
30	Я верю в положительный исход болезни			

Утверждения - 1,2,5,6,9,10,12,14,15,16,17,18,19,22,23,24,25,26,27, 30– правильные.

Утверждения - 3,4,7,8,11,13,20,21,28– неправильные.

Утверждение – 29 свидетельствует об информированности слушателя.

Приложение 2

Вопросник по оценке организации обучения в Школе здоровья психически больных, страдающих туберкулезом

Дата «__» ____ 20 г.

Просим Вас заполнить анонимно следующую анкету. Ваши ответы помогут определить, насколько полезным и интересным было для Вас обучение в Школе, получить Ваши советы и пожелания для совершенствования дальнейшего обучения.

Дайте оценку в соответствии с Вашим личным мнением или отношением, по пятибалльной системе: от 1 (низшая оценка) до 5 (высшая оценка).

№	Вопрос (утверждение)	Баллы (оценка)				
		1	2	3	4	5
1.	Как вы оцениваете организацию учебного процесса в Школе здоровья в целом?					
2.	Обучение в Школе здоровья было для Вас полезным?					

№	Вопрос (утверждение)	Баллы (оценка)				
		1	2	3	4	5
3.	Вы удовлетворены обучением в целом?					
4.	Занятия в Школе здоровья «Борьба с туберкулезом» оправдали ожидания?					
5.	Заниматься было интересно?					
6.	Было много новой информации?					
7.	Уровень преподавания?					
8.	Численности группы достаточная?					
9.	Внутренний психологический климат в школе?					
10.	Степень изменения знаний о влиянии поведения и привычек на здоровье?					
11.	Степень изменения отношения к возможности самоконтроля заболевания и профилактики осложнений?					
12.	Научился (ась) правилам сбора мокроты					
13.	Научился (ась) правилам обработки дезинфицирующими средствами в очаге туберкулеза					
14.	Буду выполнять рекомендации врача					
15.	Начну следить за регулярностью приема лекарств					
16.	Буду регулярно сдавать анализы и проходить рентген обследование					
17.	Начну соблюдать общие правила гигиены					
18.	Брошу курить					
19.	Перестану злоупотреблять алкоголем					
20.	Буду рекомендовать пройти обучение в Школе здоровья «Борьба с туберкулезом» своим близким и друзьям					

Благодарим за участие! Желаем Доброго здоровья!

Критерии оценки качества обучения в Школе здоровья «Борьба с туберкулезом»:

до 30 баллов – низкое, неудовлетворительное качество

31-60 баллов – удовлетворительное качество

61-90 баллов – хорошее качество

91 балл и более – отличное качество

**Анкета для выявления отношения пациента к болезни,
социальной поддержке и медицинскому персоналу.**
(обведите кружочком правильный ответ)

№ п/п	Вопросы	Ответы
1.	Сколько Вам лет?	
2.	Ваш пол?	1- мужской 2 – женский
3.	Какое у Вас образование?	1 – начальное 2 -неполное среднее 3 - среднее 4 - среднее профессиональное 5 - незаконченное высшее 6 - высшее 0 - не знаю
4.	Кем вы работаете?	1 – рабочим 2 – служащим 3 – работаю в сельском хозяйстве 4 – я учащийся 5 – я домохозяйка/домохозяин 6 – я пенсионер 7 – я инвалид 8 - не работаю 0 – не знаю
5.	Где вы живете?	1 – частный дом 2 – отдельная квартира 3 – коммунальная квартира 4 – общежитие 5 – у меня нет дома 0 – не знаю
6.	Вы знаете, какой болезнью легких болеете?	1 – туберкулез 2 - бронхит 3 – пневмония 4 – грипп, ОРЗ 5 – здоров 0 - не знаю
7.	Можно ли от Вас заразиться этой болезнью?	1 – да 2 – нет 0 - не знаю

№ п/п	Вопросы	Ответы
8.	Что бы Вы хотели получать, чтобы приходиться за таблетками и принимать их каждый день в течение длительного времени?	1 – внимание медицинского персонала 2 – дополнительное питание 3 – материальную помощь 4 – помощь друзей 5 – ничего 6 – другое (вписать) _____ 0 – не знаю
9.	Вы верите своему лечащему врачу?	1 – верю полностью 2 – верю частично 3 – не верю, но вынужден(а) лечиться 4 – не верю совсем 0 - не знаю
10.	Как относятся к Вам медицинские сестры?	1 – помогают 2 – жалеют 3 - безразлично 4 - ругают 5 – запугивают 6 - мучают 0 – не знаю
11.	Как относится к Вам лечащий врач?	1 – помогает 2 – жалеет 3 - безразлично 4 - ругает 5 – запугивает 6 - мучает 7 – я не знаю, кто у меня врач 0 – не знаю
12.	Где Вы получаете таблетки от туберкулеза?	1 – на сестринском посту/ в туб.кабинете / в процедурном кабинете 2 - ФАПе / в медпункте 3 – в палате 4 – в аптеке 5 – в другом месте 6 - таблетки не получаю 0 – не знаю
13.	Есть ли кто-нибудь из медицинского персонала, кого Вы «на дух» не переносите?	1 - да 2 - нет 0 - не знаю

№ п/п	Вопросы	Ответы
14.	Вы употребляете алкоголь?	1 – каждый день 2 – каждую неделю 3 – по большим праздникам 4 – не употребляю 0 - не знаю
15.	В Вашей мокроте есть туберкулезные «палочки»?	1 - да 2 - нет 0 – не знаю
16.	Вы принимаете таблетки так, как назначил лечащий врач?	1 – да 2 – принимаю частично 3 – нет 0 – не знаю
17.	У Вас были перерывы в лечении?	1 – да 2 - нет 0 – не знаю
18.	Вы общаетесь с другими больными туберкулезом?	1 – да 2 – нет 0 – не знаю
19.	Вы лежали в туберкулезной больнице?	1 – да 2 – нет 0 – не знаю
20.	Как повлияло Ваше общение с больными туберкулезом на желание лечиться?	1 – желание лечиться появилось 2 – желание лечиться не изменилось 3 – желание лечиться пропало 4 – стал принимать не все препараты 5 – регулярно обманываю медицинский персонал 0 – не знаю
21.	Вы себя жалеете?	1 – да 2 – нет 0 – не знаю
22.	Ваше семейное положение?	1- замужем / женат 2- в разводе 3- вдовец / вдова 4- не женат / не замужем 5 – гражданский брак (не зарегистрирован) 0 – не знаю

№ п/п	Вопросы	Ответы
23.	Вы жалеете своих близких?	1 – да 2 – нет 0 – не знаю
24.	Вы верите, что можете вылечиться?	1 – да 2 – нет 0 – не знаю
25.	Сколько времени Вам нужно, чтобы вылечиться?	1 – полгода 2 – три-четыре месяца 3 – один месяц 4 – один год 0 – не знаю
26.	Кто должен Вам помочь вылечиться?	1 – врач/медицинская сестра 2 – родственники 3 – друзья 4 – никто не должен (я сам) 0 – не знаю
27.	Какую социальную помощь Вы получали в связи с болезнью? (можно поставить несколько ответов)	1 - набор продуктов / горячее питание 2 – средства личной гигиены 3 - одежда/обувь 4 – оплата проездных билетов 5 – советы юриста 6 – советы психолога 7 - другое 8 – социальную помощь не получал 0 – не знаю
28	Где Вам выдавали социальную помощь?	1 – в диспансере 2 – в поликлинике (амбулатория) по месту жительства 3 – в органах социальной защиты 4 – в Красном Кресте 5 – социальную помощь не получал 6 – в другом месте 0 – не знаю
29.	Как далеко Вам добираться до пункта выдачи социальной помощи?	1 – далеко 2 – не очень далеко 3 – близко 4 – социальную помощь не получал 0 – не знаю

№ п/п	Вопросы	Ответы
30.	Для того, чтобы лечение было успешным, какую социальную помощь Вы хотите получать? (можно поставить несколько ответов)	1. - набор продуктов / горячее питание 2. - средства личной гигиены 3. - одежда/обувь 4. - оплата проездных билетов 5. – советы юриста 6. – советы психолога 7. – деньги 8. – другое (вписать) _____ 0 – не знаю
31.	У Вас есть подсобное хозяйство?	1 – да 2 – нет 0 – не знаю
32.	Если будет выбор: ехать за таблетками или копать огород, что вы сделаете?	1 – поеду за таблетками 2 – буду копать огород 3 – огорода нет 0 – не знаю
33.	Где Вы хотите лечиться?	1 – в больнице 2 – жить дома, но каждый день приходить за таблетками 3 – хочу, чтобы таблетки привозили домой 4 – не имеет значения 0 – не знаю
34.	Получаете ли Вы благодаря болезни то внимание, которого Вам не хватало всю жизнь?	1 – да 2 – нет 0 – не знаю
35.	Вы были в заключении?	1 – да 2 – нет 0 – не знаю
36.	Вы употребляете наркотики?	1 – да 2 – нет 0 – не знаю
37.	Есть ли у Вас желание помогать другим больным?	1 – да 2 – нет 0 – не знаю

№ п/п	Вопросы	Ответы
38.	Какое у Вас общее настроение?	1 - оптимистичное 2 - хорошее 3 - переменчивое 4 – плохое 5 – очень плохое 0 – не знаю
39.	Вы хотите продолжить лечение?	1 – да 2 – нет 0 – не знаю

КЛЮЧ (обработка результатов)

1. Отношение к болезни.
Вопросы №№ 6, 7, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 24, 25, 33, 34, 36, 37, 38, 39.
2. Отношение к медицинскому персоналу.
Вопросы №№ 8, 9, 10, 11, 13, 16, 24, 25, 26, 33, 34, 39.
3. Отношение к социальной поддержке.
Вопросы №№ 2, 3, 4, 5, 8, 12, 22, 23, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 35, 38, 39.
Пациент заполняет анкету. Результаты рассчитывает лечащий врач по каждой интересующей позиции отдельно.

Суммируются ответы положительные (+) и отрицательные(-).
Нейтральные ответы (-/+) свидетельствуют о неопределенной позиции пациента.

Например, мы выявляем у пациента его отношение к болезни:

Ответы: 6, 18, 19, 22, 35, 36 – положительные (+);

Ответы: 7, 14, 16, 17, 20, 25, 38, 39 – отрицательные (-);

Ответы: 15, 26, 40, 41 – нейтральные.

Отрицательных ответов больше, чем положительных. По четырем позициям больной не определил своего конкретного отношения к болезни. Следовательно, наш пациент входит в группу риска и может прервать лечение в любой момент или ж вообще его забросить.

Тематика занятий
«Школы здоровья для пациентов, страдающих туберкулезом в сочетании с психическими расстройствами»

№ п/п	Ответственный	Темы занятий
1	Медицинская сестра и заведующий отделением.	<p>Что такое «Школа здоровья». Вводное тестирование.</p> <p>Мифы и правда о туберкулезе. Риск заболевания туберкулезом.</p>
2	Медицинская сестра	<p>Методы выявления туберкулеза.</p> <p>Правила поведения пациента при выполнении медицинских манипуляций и лабораторных исследований.</p>
3	Медицинская сестра и врач- фтизиатр	<p>Лечение туберкулеза</p> <p>Соблюдение режима фармакотерапии. Профилактика и устранение побочных эффектов лечения.</p>
4	Медицинская сестра и врач-фтизиатр	<p>Осложнения туберкулёза.</p> <p>Методы само- и взаимоконтроля за состоянием здоровья, оказанию первой помощи в случаях обострений.</p>
5	Медицинская сестра	<p>Особенности в питании больного туберкулезом. Народная медицина: что полезно, а что – во вред.</p> <p>Значение гигиены, воздуха, солнца и закаливания в успешном выздоровлении от туберкулеза.</p>
6	Медицинская сестра и врач-психиатр	Туберкулез и вредные привычки человека: как они «поддерживают» друг друга? Можно и нужно ли отказаться от них?
7	Медицинский психолог и специалист по социальной работе.	<p>Защита интересов психически больного, страдающего туберкулезом.</p> <p>Как справиться с психологическими трудностями во время болезни?</p>
8	Медицинская сестра и врач- фтизиатр	Лечение туберкулеза после выписки из стационара. Итоговое тестирование.

Программа занятий с родственниками пациентов

№ п/п	Темы занятий
1	Что такое туберкулёз? Пути и способы заражения туберкулезом, симптомы. Методы выявления туберкулеза.
2	Принципы и методы лечения туберкулеза. Что такое устойчивый туберкулез. Значение непрерывной фармакотерапии в успешном выздоровлении.
3	Как обеспечить санитарно-гигиенический режим дома. Профилактика заражения туберкулезом.
4	Влияния на здоровье поведенческих факторов риска: вредные привычки, питание, образ жизни и т.д.
5	Осложнения туберкулёза. Методы само- и взаимоконтроля за состоянием здоровья, оказанию первой помощи в случаях обострений. Уход за больным дома.
6	Как можно сохранить физическое и эмоциональное состояние, если в семье психически больной, страдающий туберкулезом легких. Создание психоэмоционального комфорта в семье.
7	Социальная поддержка психически больных, страдающих туберкулезом легких. Медико-социальная реабилитация. Трудовая реабилитация.
8	Лечение больного после выписки из стационара. Диспансерный учет. Итоговое анкетирование.

Антигравитационная гимнастика для детей первого года жизни с последствиями перинатального поражения центральной нервной системы

Тихонов С.В.,
инструктор-методист ЛФК,
БУЗОО «ЦМР»

Научный руководитель: Калинина И.Н.,
профессор кафедры медико-биологических основ
физической культуры и спорта СибГ УФКиС,
д.б.н.

Актуальность темы. Традиционно для детей грудного возраста с целью профилактики и стимуляции общего развития используются комплексы гимнастики, основой которых в первом полугодии жизни являются пассивные и рефлекторные упражнения, которые основаны на врожденных, безусловно-рефлекторных реакциях, вызываемых внешними раздражителями (рефлекс ползания, Бауэра, Галанта и т.д.). В ходе постнатального онтогенеза у ребенка первого года жизни в результате созревания центральных механизмов управления позой и движениями происходит, так называемое, угасание примитивных рефлексов и формирование на их основе условно-рефлекторной деятельности ребенка. В результате ребенок становится способным к произвольному управлению своей двигательной системой в соответствии со своими желаниями и текущими потребностями. Таким образом, показателем нормального двигательного развития ребенка раннего возраста служит своевременное и качественное освоение основных движений, которые можно охарактеризовать как «жизненно необходимые двигательные навыки».

У детей с последствиями перинатального поражения центральной нервной системы (ППЦНС) одним из ведущих проявлений заболевания является задержка редуцирования (угасания) врожденных безусловных рефлексов, что мешает формированию произвольных движений. Поэтому основной задачей ЛФК на данном этапе является своевременное (онтогенетическое) последовательное формирование основных движений. Физиологической основой для этого служит смена безусловных рефлексов на условные (оперантные), т.е. на возможность произвольного выполнения ребенком движений в зависимости от потребностей, которые он испытывает. Это происходит, когда в схему управления движениями включаются вышележащие надсегментарные уровни, которые подчиняют себе нижележащие сегментарные автоматизмы. В соответствии с этим нами была поставлена **задача** разработки антигравитационной гимнастики, которая позволит направленно активизировать отдельные элементы функциональной системы антигравитации, и таким образом влиять на систему управления движениями.

Цель исследования: оценить функциональное состояние центральной нервной системы и определить эффективность восстановительных мероприятий с включением антигравитационной гимнастики, у детей первого года жизни с перинатальным поражением ЦНС.

Методы и организация исследования

Клинические наблюдения и специальные исследования проводились в динамике у 90 детей в возрасте от 1 до 6 месяцев жизни с ППЦНС (восстановительный период) и у 45 здоровых детей на базе бюджетного учреждения здравоохранения Омской области «Центр восстановительной медицины и реабилитации». Анализ анамнестических данных проводился на основании отчетно-учетной документации («История развития ребенка» ф.№112/у, «Карта больного дневного стационара»). Оценка качества развития основных движений проводилась по отобранным нами педагогическим тестам. Наблюдение осуществлялось за тем, как ребенок их выполняет в соответствии с определенными критериями, что позволяло выставить балльную оценку (от 0 до 3-х баллов). Каждому баллу соответствовала определенная стадия развития основного движения (начало формирования, формирование и становление). Всего использовалось 18 педагогических тестов (табл.1).

Обследование проводилось перед началом процедуры гимнастики. Так как поведение детей первого года жизни зачастую невозможно спрогнозировать, наблюдения проводились на 2-3 занятиях. Кроме этого, обязательно уточнялось у родителей, какие движения совершает ребенок в домашних условиях.

Общие условия тестирования:

- 1) температура в комнате 23-25 градусов;
- 2) ребенок должен быть в спокойном состоянии;
- 3) не ранее, чем через 30-40 минут после кормления.

Необходимый инвентарь: яркая погремушка, детская пирамидка, секундомер, сантиметровая лента.

Таблица 1

Карта персонифицированной оценки функционального состояния двигательной системы детей первого полугодия жизни

№	Название движения	Норма	Результаты	
			I	II
Возраст 1-2 месяца				
Нервно-психическая сфера				
1	Зрительное и слуховое сосредоточение	1ф2с		
2	Зрительное слежение за игрушкой	1ф2с		
3	Рассматривание пальцев рук	2ф3с		

№	Название движения	Норма	Результаты	
			I	II
Моторная функция				
4	Удержание головы вертикально в стойке при поддержке за подмышки	1ф3с		
5	Удержание головы лежа на животе	1ф3с		
6	Упор, лежа прогнувшись на предплечьях	2ф3с		
Возраст 3-4 месяца				
Нервно-психическая сфера				
7	Поворот головы на источник звука	3ф4с		
8	Целенаправленное движение руки к игрушке	4ф5с		
9	Размахивание руки с игрушкой	4ф5с		
Моторная функция				
10	Наклон головы вперед и полунаклон туловища при потягивании за кисти рук	3ф4с		
11	Упор лежа прогнувшись	4ф5с		
12	Поворот на живот	4ф6с		
13	Поворот с живота на спину	4ф6с		
Возраст 5-6 месяцев				
Нервно-психическая сфера				
14	Перекладывание игрушки из одной руки в другую	5ф6с		
15	Постукивающие движения рукой	5ф6с		
16	Речевые движения, слоги	5ф7с		
17	Поочередно взять две игрушки правой и левой рукой	5ф7с		
Моторная функция				
18	Сед без поддержки	6ф8с		

Примечания: ф – формирование; с – становление; I – до воздействия средствами физической реабилитации; II – после воздействия средствами физической реабилитации.

Количественная оценка нервно-психического развития (НПР) ребенка проводилась с помощью оценочной шкалы по десяти параметрам, определяющим состояние двигательной, сенсорной и речевой сфер, наличие стигм дизэмбриогенеза и неврологической симптоматики. Каждый параметр оценивался в пределах от 0 до 3-х баллов. Оценку 27-29 баллов следует расценивать как вариант возрастной нормы в том случае, если ребенок теряет по одному баллу на различных функциях. Если имеется потеря 3 баллов по одной функции (например, зрение, слух), или из-за наличия факторов риска, ребенка относят в группу риска по задержке развития. При оценке 23-26 баллов детей относят к высокой группе риска. Оценка 22-13 баллов и ниже свидетельствует о

выраженной задержке психомоторного развития. Метод позволяет максимально объективно установить уровень психомоторного развития ребенка и определить, какие функциональные системы страдают в наибольшей степени, что важно для разработки эффективных лечебно-коррекционных мероприятий.

Методика антигравитационной гимнастики

По данным К.А. Семеновой, у детей с ППЦНС, нарушается процесс формирования функциональной системы антигравитации (ФСА). Одновременно с проявлениями недостаточности или отсутствием деятельности системы антигравитации у ребенка постепенно развивается повышение активности врожденных тонических рефлексов, что проявляется постепенным повышением тонуса мышц, состояние которого контролируется активностью лабиринтного тонического (ЛТР), симметричного шейного (СШТР), асимметричного шейного (АШТР) и других рефлексов. При их участии формируются и закрепляются патологические мышечные синергии и синкинезии не только в конечностях, но и в оральной мускулатуре. Однако главным корригирующим воздействием на нарушенную ФСА, от активности которой зависит развитие моторики, в первые месяцы жизни является воздействие на рецепторы полукружных каналов вестибулярной системы, что определяет снижение патологической активности отолитовой подсистемы. Именно отолитовый орган контролирует у ребенка в первом полугодии жизни тонус мышц туловища, конечностей и оральной мускулатуры. Позже, после 6-7 месяцев, управление мышечным тонусом и движениями дополняется активностью подсистемы полукружных каналов, вестибуло-мозжечкового комплекса, подкорковых ядер, моторной и премоторной коры.

Для устранения дисбаланса рефлекторной активности отолитовых органов и полукружных каналов нами была разработана специальная методика, получившая название «антигравитационная гимнастика». Создаваемое при этом и сообщаемое ребенку угловое ускорение положительного и отрицательного направлений (в трехмерном пространстве) приводит к току эндолимфы в полукружных каналах и стимуляции их рецепторов, что и выступает, на наш взгляд, лечебным фактором данного воздействия. Схожие рекомендации к проведению гимнастики для детей с последствиями ППЦНС, предложили К.А. Семенова с соавтор (2012). Они назвали предложенную ими технологию «пассивной вестибулярной гимнастикой». Суть её заключается в придании вращения телу ребенка в горизонтальной плоскости.

Отличительной чертой предложенной нами гимнастики служит придание ускорения телу ребенка в начальной фазе движения, а в конечной точке траектории движения тела ребенка замедление (остановка), что вызывает рефлекторный ответ соответствующих мышечных групп в виде напряжения. Кроме этого, в процессе выполнения упражнений траектория движения тела ребенка организуется таким образом, что гравитационное ускорение меняется с положительного

на отрицательное и обратно. Это позволяет максимально задействовать весь рецепторный аппарат вестибулярной системы. Стимуляция активности полукружных каналов по реципрокному принципу приводит к снижению патологической активности отолитовой подсистемы, что проявлялось снижением мышечного тонуса, стимуляцией развития установочных и статокINETических реакций ребенка, формированию основных движений. Кроме этого, все двигательные реакции получают вегетативно-трофическое обеспечение (изменение пульса, артериального давления, газообмена и т.д.), а наряду с этим двигательные акты влияют на регуляцию вегетативных функций. Таким образом, появляется возможность через физические упражнения направленно влиять на состояние вегетативных функций организма ребенка. В результате имеются предпосылки к стимуляции выполнения ребенком физических упражнений на необходимые мышечные группы и параллельно с этим возможность улучшать кровоснабжение головного и спинного мозга.

Методические указания по проведению упражнений:

1. Для проведения антигравитационной гимнастики использовался следующий инвентарь: фитбол круглый (диаметр 85 и 95 см.), фитбол вытянутой формы (физиоролл, 95 см).

2. Ускорения при выполнении упражнений должны выполняться плавно, а фиксации в конечных фазах движения должны быть без рывков.

3. Общее время выполнения комплекса антигравитационной гимнастики составляет: 3-4 минуты в возрасте ребенка 1-2 месяца, 8-10 минут в возрасте ребенка 3-4 месяца, 10-15 минут в возрасте 5-6 месяцев и старше.

Техника выполнения упражнений:

- Начальная скорость движения от 10 см/с – с ускорением до 15-20 см/с. в конечной фазе движения производится остановка и задержка на 3-4 секунды (амплитуда на которую смещается тело ребенка составляет 50-60 см.).

- В конечной фазе движения необходимо ощущать напряжение активизируемых мышечных групп.

Возможные траектории движения при выполнении упражнений:

- по прямой (вперед-назад, влево-вправо);

- по полукругу (вправо-влево);

- по окружности (влево-вправо);

- по окружности (с одновременным движением вверх-вниз);

Исходные положения ребенка для проведения антигравитационной гимнастики: лежа на животе, лежа на спине, лежа на боку (правом, левом), сидя.

Разновидности фиксаций тела ребенка инструктором при выполнении упражнений антигравитационной гимнастики: «за область таза», «за голени», «за руки», «за поясницу и голени», «за голени и одну руку», «за одну руку и одну ногу».

Кроме этого, в ходе выполнения антигравитационных упражнений мы добились того, чтобы ребенок произвел видимое (ощущаемое мышечным чувством

инструктора, через фиксирующие руки) движение самостоятельно или напряг мышечные группы в определенном сегменте тела.

Некоторые результаты исследования

До проведения курса антигравитационной гимнастики нами было оценено функциональное состояние, как здоровых детей, так и детей с последствиями ППЦНС. После проведенного курса антигравитационной гимнастики, состоящего из 20 процедур, мы повторно оценили состояние детей с ППЦНС. В целом по сумме набранных баллов большинство детей с ППЦНС из группы риска по задержке психомоторного развития сравнялись с нижней границей нормы. В ходе исследований было отмечено значительное снижение показателей, относительно нормативных при первичном обследовании (таб. 2). Показатель коммуникабельности (соотношение «сна-бодрствования») в начале исследования составил в среднем $2,29 \pm 0,76$ балла, по результатам лечения увеличился в среднем на 0,8 балла и сравнялся с показателем здоровых детей (3,0 балла).

Показатель, определяющий мышечный тонус, увеличился в среднем на 0,34 балла, что проявлялось в увеличении объема пассивных движений, или уменьшении сопротивления пассивным движениям вплоть до появления полного объема пассивных и произвольных движений. Показатель, определяющий патологические движения, изменился в среднем на 0,37 балла, что проявлялось в уменьшении функциональных тиков конечностей.

Сравнительный анализ общей суммы количественной оценки нервно-психического развития с помощью оценочной шкалы показал следующее: до курса физической реабилитации значения ее составили $23,0 \pm 0,79$ балла, что на 4 балла меньше нижней границы нормы (27-30 баллов). В ходе анализа показателей количественной оценки нервно-психического развития с помощью оценочной шкалы после курса физической реабилитации наибольшие изменения выявлены по показателям, отражающим коммуникабельность, цепные симметричные рефлексy, мышечный тонус, патологические движения. После проведенного курса реабилитации сумма баллов количественной оценки нервно-психического развития у детей с ППЦНС с помощью оценочной шкалы составила $26,0 \pm 2,0$ балла, и хотя не достигла минимальных возрастных показателей (27-30 баллов), но в динамике значительно возросла (на 3,0 балла).

**Количественная оценка нервно-психического развития ребенка
(по Л.Т. Журба, Е.М. Мастюкова, 2003)**

Дети с ППЦНС	Сон-активность	Голосовые реакции	Мышечный тонус	ЦСР	Патологические движения	Сумма	Сумма (норма)
До лечения	2,29±0,1	2,6±0,0	1,8±0,1	2,0±0,1	1,7±0,1	23,0±0,7	27 - 29
После лечения	3,0±0,1	2,8±0,1	2,1±0,1	2,7±0,3	2,0±0,2	26,0±2,0	27 - 29

Полученные нами данные позволяют рекомендовать включать в комплекс физической реабилитации детям грудного возраста разработанный комплекс антигравитационной гимнастики, включающий упражнения, стимулирующие подсистемы полукружных каналов, вестибуло-мозжечкового комплекса, подкорковых ядер, моторной и премоторной коры.

Заключение

Разработанная нами методика антигравитационной гимнастики позволяет целенаправленно, через поток импульсов от вестибулярного аппарата, влиять на функциональную систему антигравитации. Это приводит к снижению патологической активности отолитовой подсистемы, что проявляется снижением мышечного тонуса, формированием основных движений, развитием установочных и статокINETических реакций ребенка.

Список использованной литературы

1. Александрова В.А., Перинатальные поражения центральной нервной системы и их последствия у детей в практике педиатра. / В.А. Александрова, Е.А. Братова. - Санкт-Петербург, 2010. – 60с.
2. Бадалян Л.О., Руководство по неврологии детского возраста / Л.О. Бадалян, Л.Т. Журба, Н.М. Всеволожская. – Киев Здоровья, 1980. –с.3.1
3. Барашнев Ю.Ш., Компенсация нарушенных функций ЦНС и значение стимулирующей терапии при перинатальных поражениях головного мозга / Ю.Ш.

- Барашнев // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – М.: Перинатология, 1997. С. 32-35
4. Вогралик В.Г., Путь к здоровью: Новый метод массовой тепловизионной экспресс-диагностики / В.Г. Вогралик, В.В. Вогралик – Н. Новгород: Литера, 1997. – 78 с.
 5. Гросс, Н. А. Физическая реабилитация детей с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата / Н. А. Гросс. – М., 2000. – 224 с.
 6. Журба Л.Т., Нарушение психомоторного развития детей первого жизни / Л.Т. Журба, Е.М. Мастюкова. – М.: Медицина, 1981. – 268 с.
 7. К вопросу о диагностике перинатальных поражений центральной нервной системы и связанных с ними лекарственных нагрузках / А.А. Ефимова В.М., Студеникин, М.Д. Бакрадзе и др. // Вопросы современной педиатрии. -2002. - № 1 – С. 9-12.
 8. Моисеева Т.Ю., ЛФК и массаж в реабилитации недоношенных детей с перинатальной патологией нервной системы / Т.Ю. Моисеева // ЛФК и массаж. – 2002. - №1 - С.13-15.
 9. Пальчик А.Б., Современные представления о ППЦНС / А.Б. Пальчик, Н.П. Шабалов, А.П. Шумилина // Санкт - Питер. Росс. педиатр. журнал. - 2001. - № 2. – С.25-27
 10. Перинатальные повреждения нервной системы у детей раннего возраста; Учебное пособие для врачей педиатров/ Под ред. профессора Сobotюка С.В. – Омск, 2002. – 44с.
 11. Полуструев А.В., Теоретико-методические основы восстановления физической работоспособности в посттравматическом и постоперационном периодах реабилитации: автореф. дис. ... д-ра пед. наук / А. В. Полуструев. - Омск, 2001 .-51 с.
 12. Ратнер А.Ю., Неврология новорожденных: Острый период и поздние осложнения. 2-е изд./ А.Ю. Ратнер. - М.: Бином. Лаборатория знаний. 2005.
 13. Семенова К.А., Восстановительное лечение детей с перинатальными поражениями нервной системы и детским церебральным параличом / К.А. Семенова. – М.: Закон и порядок, 2007. – 224 с.

Способы немедикаментозного снижения уровня психоэмоциональных расстройств у пациентов наркологического стационара

Чаркова О.Г.,
старшая медицинская сестра
амбулаторно-поликлинической службы
БУЗОО «Наркологический диспансер»

Научный руководитель: Чащина О.А.,
заместитель главного врача
по организационно-методической и
консультативной работе, к.м.н.

Актуальность темы. Алкоголизм – заболевание, вызываемое систематическим употреблением спиртных напитков, характеризующееся влечением к ним, приводящее к психическим и физическим расстройствам и нарушающее социальные отношения лица, страдающего этим заболеванием. В процессе формирования заболевания, у пациентов происходит деформация психоэмоциональной сферы, что отрицательно влияет на уровень качества жизни, поведение становится трудно-предсказуемым. Его настроение и отношение к окружающему миру изменяются в отрицательную сторону, появляются выраженная нервозность, раздражительность, злобность, агрессивность. Пациенту с таким сниженным психоэмоциональным уровнем трудно находиться в наркологическом стационаре, который полностью исключает возможность употребления, а так же сводит к минимуму общение с родными и близкими, отсутствует возможность контактировать с кем либо, за пределами стационара, на весь период лечения. Данная ситуация уже сама по себе является психотравмирующей и определяет актуальность настоящего исследования.

Новизна исследования заключается в том, что впервые была разработана программа для медицинских сестер способствующая снижению уровня психоэмоциональных расстройств у пациентов в период пребывания в наркологическом стационаре, также был разработан «Лист эмоционального состояния» пациента.

Цель исследования: способствовать уменьшению выраженности психоэмоциональных расстройств в период пребывания в наркологическом стационаре.

В соответствии с целью определены следующие задачи исследования:

- изучить выраженность психоэмоциональных расстройств у пациентов в период пребывания в стационаре.
- разработать «Лист эмоционального состояния» пациента.

- разработать программу для медицинских сестер способствующую снижению уровня психоэмоциональных расстройств у пациентов в период пребывания в наркологическом стационаре.
- оценить эффективность разработанной программы.

Критерии включения: женщины, в возрасте 30-50 лет, со 2 стадией заболевания на 7 день нахождения в стационаре на восстановительном лечении, с одинаковой медикаментозной терапией;

Критерии исключения: женщины моложе 30 и старше 50 лет, женщины с абстинентным синдромом впервые 6 суток пребывания в стационаре, дети и мужчины, а так же пациенты не желающие принимать участие в исследовании.

Размер выборки – 30 пациентов.

Методы исследования:

- анализ статистических данных;
- наблюдение (лист сестринского наблюдения);
- тестирование (госпитальная шкала тревоги и депрессии (A.S. Zigmond, R.P. Snaithe); методика «Определение уровня тревожности» (Ч.Д. Спилберг, Ю.Л. Ханин); диагностика личностной агрессивности (Е. П. Ильин, П. А. Ковалев);
- SF-36 (The Short Form-36).

Обработка полученных данных проводилась в программе «Статистика 6.0» и «Excel -2007».

Ход исследования. Исследование проводилось на базе БУЗОО «Наркологический диспансер» первого наркологического отделения 11.06.2013 г. – 31.01.2014. Для проведения исследования было выбрано 30 пациентов, все женщины, возраст от 30-50 лет, со 2 стадией заболевания на 7 день нахождения в стационаре на восстановительном лечении, с одинаковой медикаментозной терапией. Все женщины распределились на две группы по 15 человек:

- группа сравнения (средний возраст 41 год), пациенты этой группы проходили лечение в стационарном отделении в обычном режиме;
- основная группа (средний возраст 40 лет), пациенты этой группы проходили лечение в стационарном отделении с применением дополнительных психотерапевтических методик.

Группы формировались с учетом критериев включения. Первой набиралась группа сравнения, которая проходила лечение в стационарном отделении в обычном режиме, период набора данной группы длился от момента поступления первого пациента соответствующего критериям включения, до момента выписки последнего. После чего началось формирование основной группы, где применялись психотерапевтические методы, период набора и работа с данной группой проводилось, от момента поступления первой пациентки соответствующей критерием включения, до момента выписки последней.

С целью определения выраженности психоэмоциональных расстройств у наркологических пациентов было проведено анкетирование по опросникам: госпитальная шкала тревоги и депрессии (A.S. Zigmond, R.P.Snaith), методика «Определение уровня тревожности»; диагностика личностной агрессивности; SF-36). Данные опросники дали возможность проанализировать психоэмоциональное состояние наркологических пациентов.

Для определения первичного выявления тревоги депрессии использовалась госпитальная шкала тревоги и депрессии (A.S. Zigmond, R.P. Snaith). Преимущества обсуждаемой шкалы заключаются в простоте применения и обработки (заполнение шкалы не требует продолжительного времени и не вызывает затруднений у пациента). Опросник обладает высокой дискриминантной валидностью в отношении двух расстройств: тревоги и депрессии.

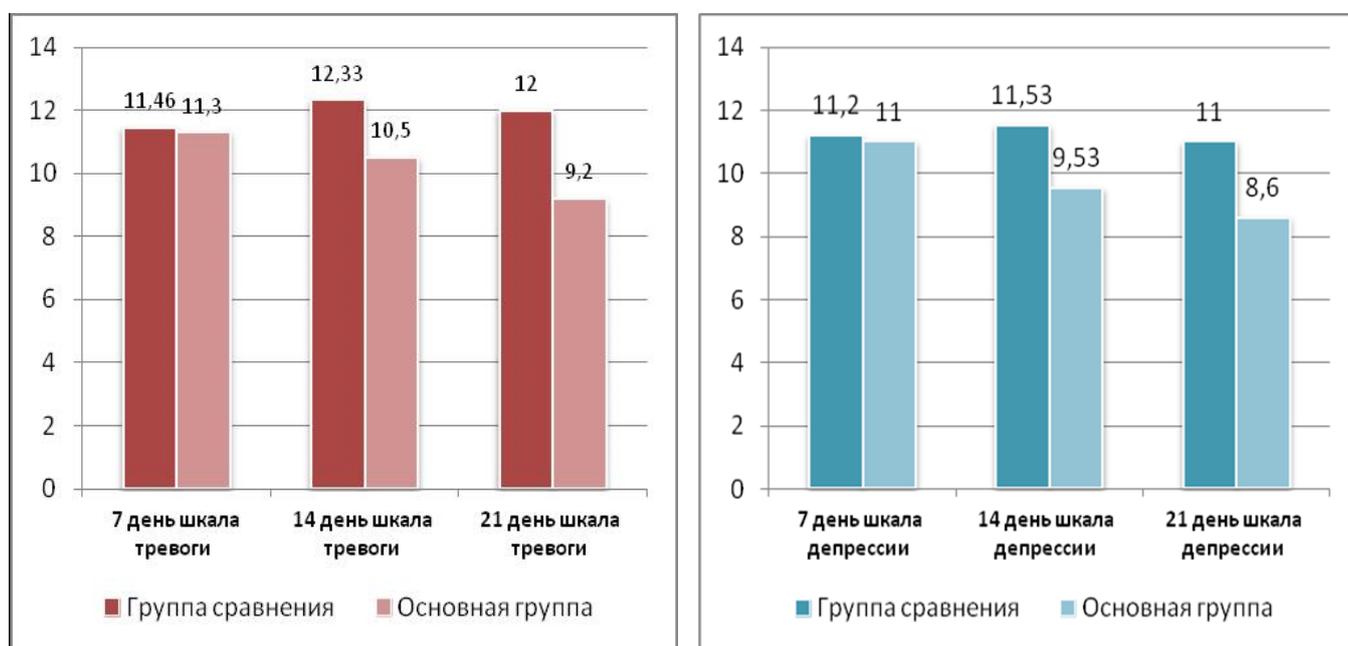


Рисунок 1 - Показатели госпитальной шкалы тревоги и депрессии

На рисунке 1 мы видим рост показателей по обеим шкалам в группе сравнения и видим снижение показателей в основной группе. Показатели по обеим шкалам на 7 день нахождения в стационаре имеют разницу в показателях, по шкале тревоги 0,16, а по шкале депрессии 0,2, но тот и другой показатель является свидетельством того, что у пациентов обеих групп клинически выраженная тревога и депрессия. В группе сравнения данный показатель так и остается высоким на протяжении всей госпитализации, в основной группе показатель снижается до субклинически выраженной депрессии и тревоги.

Для измерения тревожности была использована методика «Определение уровня тревожности» Ч. Д. Спилбергера, Ю. Л. Ханина

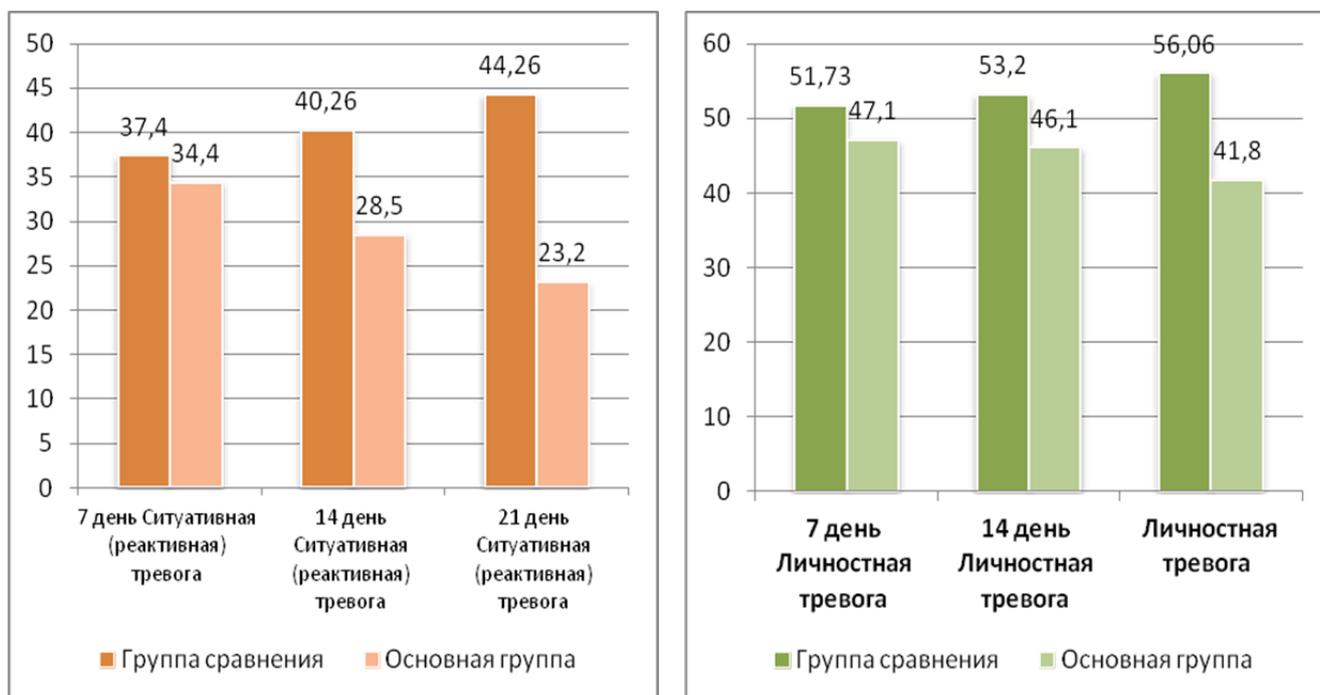


Рисунок 2 - Показатели уровня тревожности по методике Ч. Д. Спилбергера, Ю. Л. Ханина

На рисунке 2 мы видим рост показателей по обеим шкалам в группе сравнения и снижение показателей в основной группе. Показатели в обеих группах на 7 день нахождения в стационаре по шкале ситуативная (реактивная) тревога, несмотря на то, что в основной группе данный показатель на 3 балла ниже, характеризуется как умеренная тревожность.

Данная ситуация меняется с 14 по 21 день, показатели в группе сравнения растут и достигают цифровых показателей, которые расцениваются как высокая тревожность, показатели же в основной группе наоборот падают и характеризуются как низкая тревожность.

Показатели в обеих группах на 7 день нахождения в стационаре по шкале личностная тревога, несмотря на то, что в основной группе данный показатель на 4,63 балла ниже, характеризуется как высокая тревожность.

Данная ситуация меняется с 14 по 21 день, показатели в группе сравнения растут, а цифровые показатели остаются на уровне, которые расцениваются как высокая тревожность, показатели же в основной группе наоборот падают и характеризуются как умеренная тревожность.

Для выявления склонности пациентов к конфликтности и агрессивности как личностных характеристик использовалась методика диагностики личностной агрессивности (Е. П. Ильин, П. А. Ковалев). На рисунке 3 представлены показатели по 8 шкалам: наступательность, неуступчивость, нетерпимость к мнению других, мстительность, бескомпромиссность, вспыльчивость, обидчивость, подозрительность.

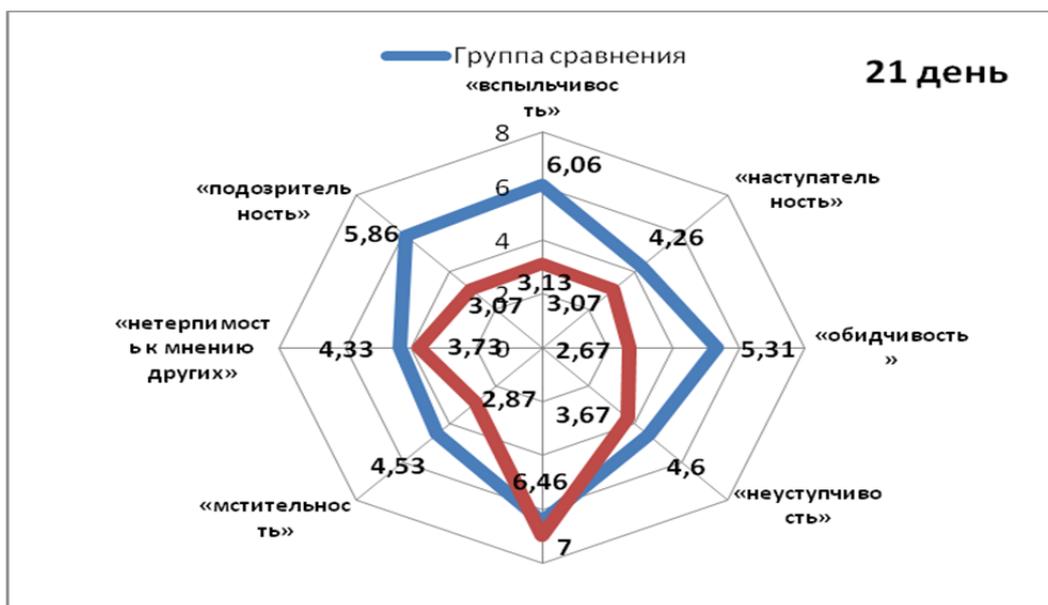
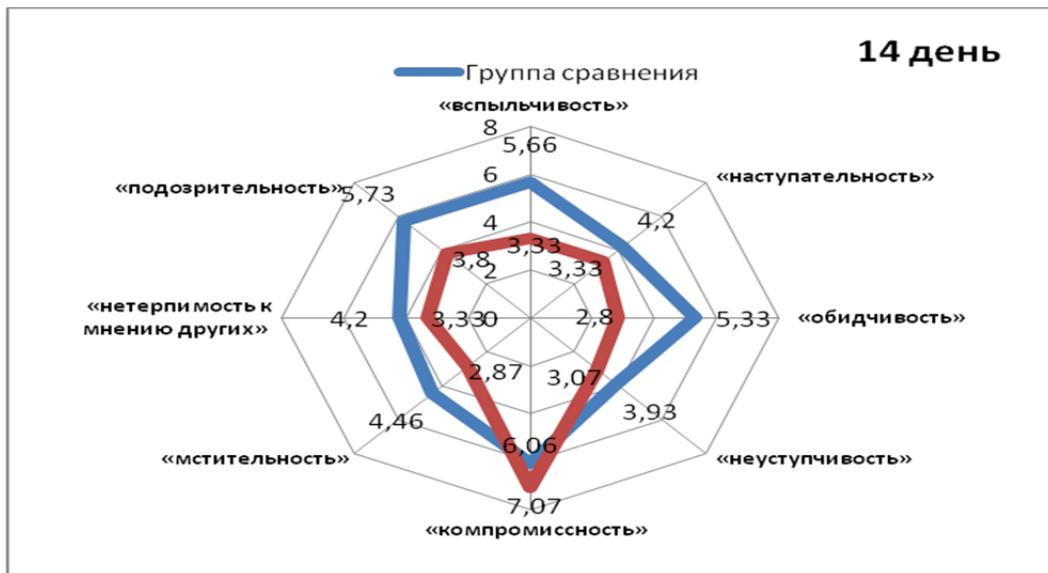
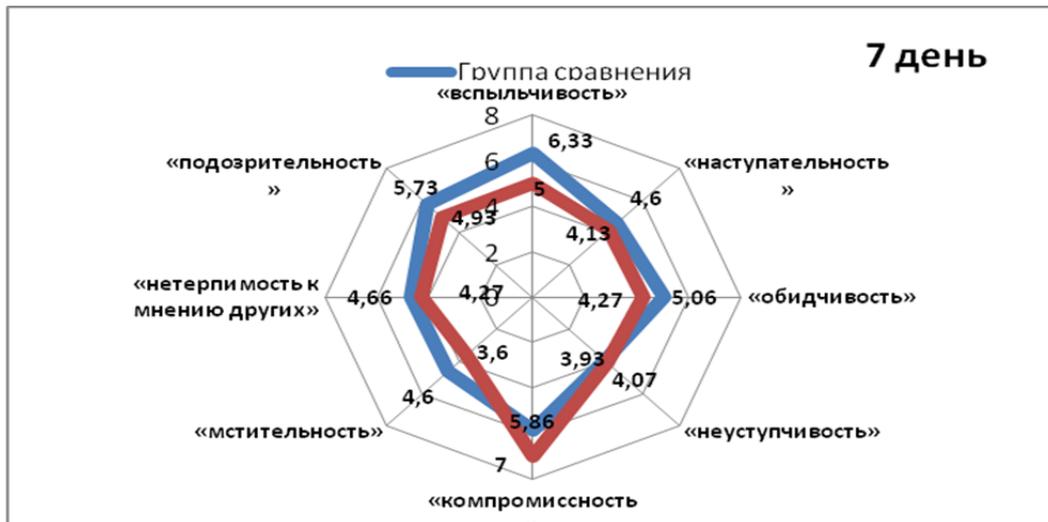


Рисунок 3 - Показатели личностной агрессивности (Е. П. Ильин, П. А. Ковалев) по основным шкалам

На 7 день нахождения в стационаре цифровые значения эмоциональной возбудимости имеют средний уровень в обеих группах в следующих шкалах: **наступательность, бескомпромиссность, подозрительность.**

В шкалах **наступательность и подозрительность**, в группе сравнения данный показатель, выше показателя основной группы, тогда как показатели шкалы **бескомпромиссность**, ситуация обратная.

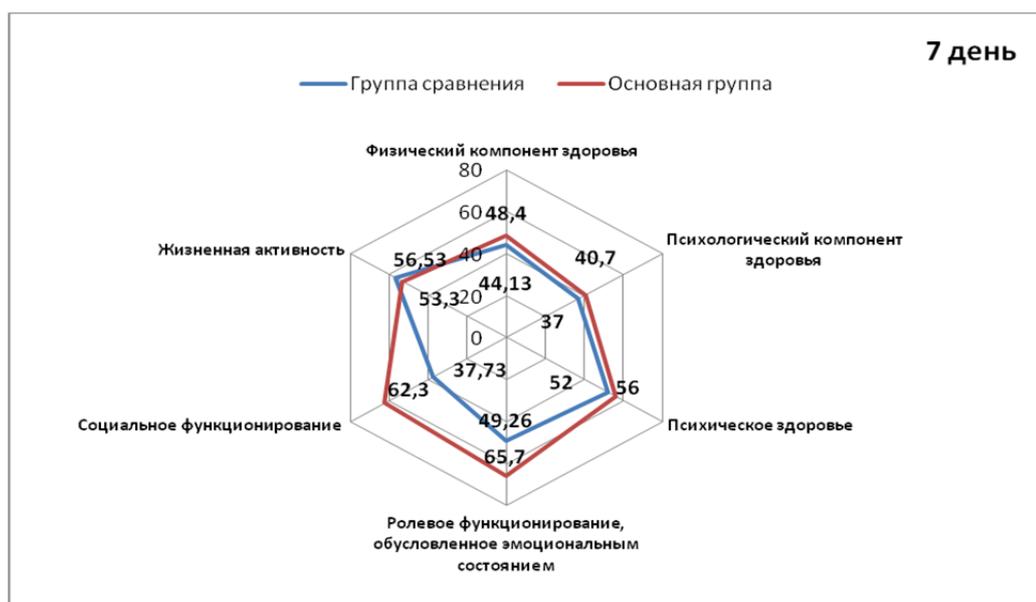
На 14 и 21 день уровень эмоциональной возбудимости по шкалам **наступательность и подозрительность** в основной группе интенсивно снижается до уровня показателей, которая интерпретируется, как низкая возбудимость. В группе сравнения показатели по данным шкалам не имеют тенденции к росту, и остаются в диапазоне, цифровые показатели которого указывают на средний уровень возбудимости.

На 14 и 21 день уровень эмоциональной возбудимости по шкале **бескомпромиссность** имеет следующие показатели: в основной группе показатели стабильные, а в группе сравнения виден незначительный рост.

В остальных шкалах: **неуступчивость, нетерпимость к мнению других, мстительность, вспыльчивость, обидчивость**, на 7 день нахождения в стационаре цифровые значения эмоциональной возбудимости имеют низкий уровень в обеих группах.

Но на 14 и 21 день ситуация меняется, в основной группе эмоциональная возбудимость имеет тенденции к снижению на 1 и более балла и все показатели характеризуются как показатели низкой возбудимости. В группе сравнения показатели не имеют значительной динамики.

Для определения качества жизни наркологических пациентов использовался опросник SF-36 (The Short Form-36).



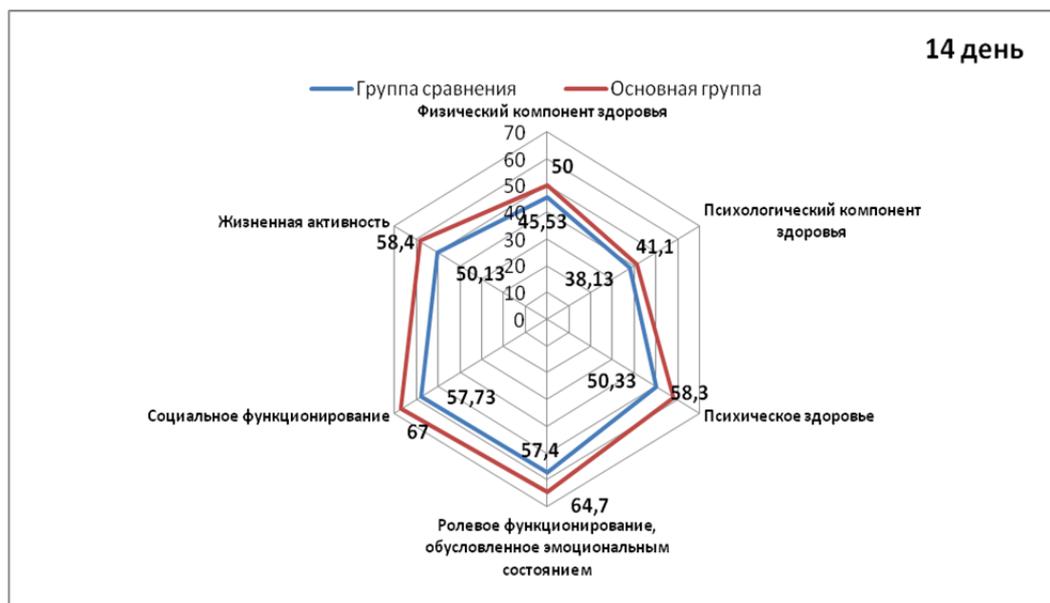


Рисунок 5 -Результаты опросника SF-36 (The Short Form-36)

На 7 день нахождения в стационаре показатели по шкалам физический компонент здоровья, психологический компонент здоровья имеют результат ниже 50. По шкалам психическое здоровье, рольевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием, имеют показатели, приближенные к 50 или несколько выше.

Показатели основной группы по всем шкалам несколько выше показателей группы сравнения.

В группе сравнения мы видим на 14 день небольшое увеличение показателей, а на 21 день снижение, по всем шкалам, кроме психического здоровья, там ситуация обратная на 14 снижение, а на 21 день увеличение.

В основной группе мы видим на 14 и 21 день увеличение по всем шкалам, кроме шкалы рольевое функционирование, обусловленное эмоциональным со-

стоянием, на 14 день наблюдается незначительное снижение, а на 21 день рост цифровых показателей.

По результатам анкетирования было принято решение о создании листа эмоционального состояния пациента. Из используемых опросников, методика личностной агрессивности (Е. П. Ильин, П. А. Ковалев) имеет большой набор шкал, которые хорошо отражают психоэмоциональное состояние пациента. На основании данного опросника был разработан лист эмоционального состояния пациента (приложение 1), он позволил динамично наблюдать за психоэмоциональным состоянием пациентов наркологического профиля в период всей госпитализации. Данный лист - это графическое изображение цифровых данных, отраженных после заполнения опросника пациентом. В своем составе данный опросник имеет вопросы по следующим шкалам: бескомпромиссность, вспыльчивость, обидчивость, подозрительность. Данные шкалы суммируя показатели, образуют подшкалу показатель конфликтности, которая в листе эмоционального состояния обозначен (К) и имеет следующую шкалу значений: 32-40 баллов – высокая эмоциональная возбудимость, 20 - 28 баллов – средний уровень эмоциональной возбудимости, меньше 20 баллов – низкая эмоциональная возбудимость.

Исходя из полученных данных была разработана программа для медицинских сестер способствующая снижению уровня психоэмоциональных расстройств у пациентов в период пребывания в наркологическом стационаре.

Первый не мало важный акцент программы был сделать на распорядке дня (приложение 2), а второй акцент был сделан на элементах психотерапии (терапия средой, арт-терапия, терапия-занятостью). Для осуществления этой программы медицинские сестры прошли обучение. Проводились обучающие семинары по таким направлениям, как «Этический кодекс медицинских сестер России и его значение в практической деятельности», семинар по правилам двухсторонней коммуникации (медицинская сестра – пациент) и семинар по владению техникой оригами. Также проводился тренинг для медицинских сестер направленный на профилактику синдрома эмоционального выгорания.

Результат исследования: применение всех методик проведенного исследования привело к уменьшению фактор, приводящих к чрезмерному психоэмоциональному напряжению и тревожности у пациентов наркологического отделения, также у сформировало у них адекватное конструктивное поведение. Внутри отделения была создана доброжелательная атмосфера и благоприятные условия для оказания квалифицированной и качественной наркологической помощи.

Выводы:

- проблема психоэмоциональных расстройств у наркологических пациентов в группе сравнения ярко выражена, а в основной группе имеет положительную динамику, что указывает на эффективность проводимых мероприятий;

- в результате обоснованности эффективности проводимых мероприятий, разработана программа для медицинских сестер, способствующая снижению уровня психоэмоциональных расстройств у пациентов в период пребывания в наркологическом стационаре;
- в результате исследования разработанная программа для медицинских сестер по снижению уровня психоэмоциональных расстройств у пациентов в период пребывания в наркологическом стационаре дала положительный результат, что свидетельствует об её эффективности.

Список использованной литературы

1. Авруцкий Г.Я., Недува А.А., Терапия занятостью. Культтерапия//Лечение психических больных. - М.: Медицина, 1998. - С.192-195.
2. Голощапов И.В., Формирование согласия на лечение у больных с зависимостью от алкоголя: автореф. дис. ...канд. мед. наук: 14.01.27. – М., 2010.
3. Грабенко Т.М., Зинкевич-Евстигнеева Т. Д. Обучающий мини курс для психологов. – СПб.: Институт специальной педагогики и психологии, 2009.-50.
4. Дегтярева Е.А., Муханов О.А., Кафедра детских болезней №3, РГМУ, Московский научно-практический центр спортивной медицины/ Немедикаментозные методы лечения, альтернативная, народная, традиционная, биологическая, комплементарная медицина. <http://medvuz.com/med1808/t5/20.php>.
5. Доклад о положении в области алкоголя и здоровья. <http://www.demoscope.ru/weekly/2011/0459/gazeta019.php>.
6. Иванец Н. Н. Психиатрия и наркология: учебник / Н.Н. Иванец, Ю.Г. Тюльпин, В.В. Чирко, М.А. Кинкулькина. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 832 с.
7. Карвасарский Б.Д., Психотерапевтическая энциклопедия. 2010 г./ Издательство психология – Питер/ - 752 с.
8. Материалы 11-й Всероссийской Общественной профессиональной медицинской психотерапевтической конференции / МОП, под ред. А.И. Аппенянского, Ю.П. Бойко, В.Н. Краснова, В.И. Курпатова, Ю.С. Шевченко. — МО, Щёлково : Издатель Мархотин П. Ю., 2013. — 304 с.
9. МКБ 10 <http://10mkb.ru/>
- 10.Осипова А.А., Общая психология, Арттерапия, Общая психокоррекция, 2009 г.
- 11.Плавинский С. Л. Мероприятия по усилению приверженности терапии. – М., 2007. – 48 с.
- 12.Сборник психологических тестов. Часть III: Пособие / Сост. Е. Е. Миронова – Мн.: Женский институт ЭНВИЛА, 2006.
- 13.Федорцов В. И., ПСИХОТЕРАПИЯ (Психотерапия, ее виды и методы) Webmaster - Vicont MF /Victor N. Sergeev/. Mail: vicont_mf@yahoo.com.

Распорядок дня пациентов

Время	Группа сравнения	Основная группа
7.00	Подъем.	Подъем.
7.00 – 7.30	Утренние гигиенические мероприятия.	Утренние гигиенические мероприятия.
	Измерение гемодинамических показателей и термометрии.	Измерение гемодинамических показателей и термометрии.
		Видеоматериалы с элементами природы, с представителями флоры и фауны, видами архитектуры, памятников природы, и др. видами в сопровождении музыкальных произведений.
7.30 – 8.00	Взятие биологического материала.	Взятие биологического материала.
	Гигиенические мероприятия в рамках подготовки к первому завтраку.	Гигиенические мероприятия в рамках подготовки к первому завтраку.
8.00 – 8.30	Первый завтрак.	Первый завтрак.
		Музыкотерапия.
8.30 – 9.00	Подготовка к врачебному обходу.	Подготовка к врачебному обходу.
	Получение лечебных процедур.	Получение лечебных процедур.
9.00 – 10.00	Обход отделения заведующим отделением, врачом психиатром-наркологом, медицинской сестрой палатной.	Обход отделения заведующим отделением, врачом психиатром-наркологом, медицинской сестрой палатной.
10.00-11.00	Получение лечебных процедур, консультаций узких специалистов, функциональных методов исследования.	Получение лечебных процедур, консультаций узких специалистов, функциональных методов исследования.
10.00-11.00	Гигиенические мероприятия в рамках подготовки ко второму завтраку.	Гигиенические мероприятия в рамках подготовки ко второму завтраку.
11.00-11.30	Второй завтрак.	Второй завтрак.
		Музыкотерапия.
11.30-12.45	Психотерапия, трудотерапия, свободное время. Получение лечебных процедур.	Психотерапия. Трудотерапия. Свободное время. Получение лечебных процедур. Занятие по интересам: настольные игры (шашки шахматы), арт-терапия (оригами).

Время	Группа сравнения	Основная группа
12.45-13.00	Гигиенические мероприятия в рамках подготовки к обеду.	Гигиенические мероприятия в рамках подготовки к обеду.
13.00-14.00	Обед.	Обед. Музыкотерапия.
14.00-15.00	Получение лечебных процедур.	Получение лечебных процедур.
15.00-17.00	Дневной сон.	Дневной сон.
17.00-17.20	Свободное время.	Свободное время.
		Обучение пациентов технике оригами.
17.20-17.30	Гигиенические мероприятия в рамках подготовки к ужину.	Гигиенические мероприятия в рамках подготовки к ужину.
17.30-18.00	Ужин.	Ужин. Музыкотерапия.
18.00-18.30	Получение лечебных процедур.	Получение лечебных процедур.
18.00-18.30	Измерение гемодинамических показателей и термометрии.	Измерение гемодинамических показателей и термометрии.
		Видеоматериалы с элементами природы, с представителями флоры и фауны, видами архитектуры, памятников природы, и др. видами в сопровождении музыкальных произведений.
18.30-19.15	Проведение гигиенического обучения и воспитания, пропаганды ЗОЖ (проведение бесед).	Проведение гигиенического обучения и воспитания, пропаганды ЗОЖ (проведение бесед) после которого пациентам предлагается зафиксировать услышанное на бумаге в виде рисунка. Музыкотерапия.
19.15-20.00	Свободное время. Занятие по интересам: настольные игры (шашки шахматы).	Свободное время. Занятие по интересам: настольные игры (шашки шахматы).
		Занятие арт-терапией (рисование, оригами).
20.00-22.00	Свободное время. Занятие по интересам: настольные игры (шашки шахматы).	Просмотр видеоматериалов (мультфильмы, сказки, фильмы с позитивным сюжетом и отсутствием сцен употребления психоактивных веществ и элементов насилия).

Время	Группа сравнения	Основная группа
22.00-22.30	Получение лечебных процедур.	Получение лечебных процедур.
	Измерение гемодинамических показателей и термометрии.	Измерение гемодинамических показателей и термометрии.
		Видеоматериалы с элементами природы, с представителями флоры и фауны, видами архитектуры, памятников природы, и др. видами в сопровождении музыкальных произведений.
22.30-23.00	Обход отделения медицинской сестрой палатной с целью осмотра на посторонние предметы и педикулез.	Обход отделения медицинской сестрой палатной с целью осмотра на посторонние предметы и педикулез.
	Вечерние гигиенические мероприятия.	Вечерние гигиенические мероприятия.
23.00	Отбой.	Отбой.
23.00-7.00	Ночной сон.	Ночной сон.

Приложение 3

Программа для медицинских сестер, способствующая снижению уровня психоэмоциональных расстройств у пациентов в период пребывания в наркологическом стационаре

Данная программа направлена на снижение психоэмоциональных расстройств у пациентов в период пребывания в наркологическом стационаре, а также на организацию досуга пациентов и как следствие на положительный настрой, на дальнейшее прохождение лечения по реабилитационным программам. На проводимых медицинскими сестрами мероприятиях пациенты получают качественную немедикаментозную помощь, с применением элементов малой психотерапии.

Основным предметом внимания программы, является:

- пациент и его психоэмоциональное состояние;
- взаимодействие пациент + пациент;
- взаимодействие пациент + персонал отделения;
- способы снижения психоэмоциональных расстройств;
- влияние среды и применяемых элементов психотерапии на психоэмоциональное состояние пациентов.

Формы и методы работы:

- групповая работа;
- элементы индивидуальной работы;
- наблюдение;
- демонстрация видеоматериала;
- проведение гигиенического воспитания и пропаганды ЗОЖ, с последующим перенесением прослушанного материала на рисунок;
- занятия оригами.

Критерии эффективности:

- снижение уровня психоэмоциональных расстройств «Лист психоэмоционального состояния»;
- наличие навыков и умений снятия психоэмоционального напряжения у пациентов.

Цель программы:

- Внедрить в работу стационарного отделения элементы психотерапии, применяемые в практической деятельности медицинскими сестрами в рамках своей профессиональной компетенции.
- Развитие личностных ресурсов сестринского персонала в области коммуникативных умений и навыков.
- Формирование умения слушать, слышать и наблюдать за пациентом.
- Освоение элементов психотерапии, предложенных данной программой.
- Выработать навыки проявлять бдительность, терпение, чуткость, вежливость, внимание к пациентам при любых сложившихся обстоятельствах.
- Умение своими действиями положительно влиять на психоэмоциональное состояние пациента.

Медицинская сестра должна помнить всегда, что психоэмоциональная раздражительность пациента, это один из симптомов его заболевания, к которому она должна отнестись с пониманием и уважением.

Задачи программы:

1. Создать благоприятные условия для работы персонала в отделении.
2. Создать благоприятные условия для пациентов на весь период их пребывания в стационаре. При этом учитывать как психологическую атмосферу отделения, так и эстетическое состояние отделения.
3. Создать условия для медицинских сестер, способствующие их профессиональному росту в данной сфере (проведение тренингов, семинаров, конференций, самообразование).
4. Организовать досуг пациентов, что позволит снизить их уровень психоэмоциональных расстройств.

**Программа для медицинских сестер,
способствующая снижению уровня психоэмоциональных расстройств
у пациентов в период пребывания в наркологическом стационаре**

	Способы немедикаментозного воздействия (систематически проводимые)	Период времени	Количество
1.	Музыкотерапия.	8.00-8.30 11.00-11.30 13.00-14.00 17.30-18.00	2,5 часа
2.	Видеоматериалы с элементами природы, с представителями флоры и фауны, видами архитектуры, памятников природы, и др. видами в сопровождении музыкальных произведений.	7.00-7.30 18.00-18.30 22.00-22.30	1,5 часа
3.	Проведение гигиенического обучения и пропаганды ЗОЖ, после которого пациентам предлагается зафиксировать услышанное на бумаге в виде рисунка.	18.30-19.15	45 минут
4.	Занятие по интересам: настольные игры (шашки шахматы), арт-терапия (рисование, оригами).	19.15 – 20.00	45 минут
5.	Обучение вновь поступивших пациентов технике оригами.	17.00 – 17.20	20 минут
6.	Просмотр видеоматериалов (мультфильмы, сказки, фильмы с позитивным сюжетом и отсутствием сцен употребления психоактивных веществ и элементов насилия).	20.00 – 22.00	2 часа
	<p>Дополнительные способы немедикаментозного воздействия, по желанию пациента, в течение дня, в свободное от лечебно-диагностических мероприятий время:</p> <ul style="list-style-type: none"> - чтение; - оригами; - рисование. 		

Безопасность периферического венозного доступа в гериатрической практике

Шмелева Е.В.,
медицинская сестра палатная
хирургического отделения
БУЗОО «ГВВ»

Научный руководитель: Уткин А.А.,
врач психиатр БУЗОО «ГВВ», к.м.н.,
Заслуженный врач РФ

Актуальность темы. Внутривенное введение инфузионных растворов и лекарственных препаратов во многих случаях является необходимым компонентом комплекса лечебных мероприятий для пациентов пожилого возраста. Для обеспечения доступа к венозной системе пациента при плановой госпитализации наиболее часто используются ежедневные венепункции стальными иглами.

Обеспечение периферического венозного доступа пациентам в БУЗОО «ГВВ» за 2013 г.

в/в инъекции	в/в инфузии	забор венозной крови для исследований	Всего венепункций	Количество пролеченных пациентов	Количество венепункций на 1 пациента
24857	35104	7376	67337	3010	22,37

При обеспечении периферического венозного доступа в течение плановой госпитализации в Госпитале для ветеранов войн за 2012 год на 1 пациента приходилось 22,37 венепункций. Обеспечение и поддержание венозного доступа у пожилых людей – трудная задача. Характерными трудностями пункции подкожных вен у лиц пожилого и старческого возраста являются: плотность и хрупкость вен, их высокая подвижность под кожей, разрывы стенок вен с образованием больших гематом. Кожа теряет тонус и эластичность, становится более хрупкой и предрасположенной к травмам. Наложение жгута на плечо или предплечье легко повреждает кожу и нередко приводит к образованию петехий, обширных внутрикожных и подкожных кровоизлияний, сопровождающихся разрывами стенок вен, что затрудняет венозный доступ. Потеря подкожного жира у пожилых пациентов делает вены подвижными, они «перекатываются» под кожей, когда вену пытаются пунктировать. Старение затрагивает кожу, стенки вен, и кровоток – так, что даже самый опытный специалист не всегда может попасть в вену пожилому человеку. Сталкиваясь с перспективой повторных внутривенных инъекций в течение лечебного процесса, пожилой пациент, испытывает весь ком-

плекс физических и душевных страданий от многократных неудачных попыток попасть в вену. В результате он едва ли будет доверять медицинским работникам и станет их добровольным партнером в заботе о собственном здоровье. В медицинском плане, неудачный опыт будет иметь глубокое отрицательное влияние на будущую уступчивость пациента [6].

Современные научно-технические достижения в области производства изделий медицинского назначения в значительной степени способствуют решению данной проблемы. В частности, появление разнообразных одноразовых катетеров для канюляции периферических вен во многих случаях явилось адекватной альтернативой методики периферического венозного доступа посредством иглы, что позволило значительно повысить безопасность пациента и медицинской сестры. Установка ПВК показана при необходимости проведения любой инфузионной терапии, любой длительности, повторного введения лекарственных препаратов или необходимости наличия венозного доступа при проведении различных медицинских манипуляций или хирургических вмешательств [7]. Периферическая катетеризация давно вошла в практику отделений реанимации и интенсивной терапии, однако импульса для распространения этого опыта для использования в гериатрической практике не было. Изучаемая проблема сестринского исследования заключалась в многократных внутривенных инъекциях пациентам пожилого и старческого возраста в течение плановой госпитализации.

Цель исследования: сравнить безопасность периферического интравенозного доступа посредством иглы и венозного катетера в гериатрической практике для принятия решения о переходе на использование периферических венозных катетеров в госпитале для ветеранов войн.

Задачи:

- Определить психологическую готовность пациентов пожилого и старческого возраста к новому способу обеспечения венозного доступа.
- Проанализировать преимущества использования периферических венозных катетеров.
- Разработать рекомендации по обеспечению и поддержанию периферического венозного доступа в гериатрической практике.

Объект исследования: пациенты хирургического отделения, получающие инфузионную терапию.

Предмет исследования: безопасность периферического венозного доступа.

База исследования: исследование проводилось на базе хирургического отделения БУЗОО «Госпиталя для ветеранов войн».

Период исследования: 09.06.2013г. – 31.01.14г.

Гипотеза исследования заключалась в предположении о том, что если в гериатрической практике при проведении плановой инфузионной терапии для обеспечения периферического венозного доступа использовать периферические венозные катетеры, то безопасность пациента повысится, так как:

- уменьшится количество венепункций и попыток для них;

- снизиться количество и степень выраженности флебитов, местных гематом, инфильтратов;
- уменьшиться интенсивность болевого синдрома при обеспечении периферического венозного доступа;
- сократиться количество внутримышечных инъекций;
- пациенты будут психологически готовы к новому методу обеспечения венозного доступа.

Материалы и методы исследования. Дизайн исследования: открытое проспективное когортное исследование.

Для количественной и качественной репрезентативности выборки проведен анализ историй болезней за период октябрь – март 2013 г. Генеральная совокупность составила 193 человека.

Размер выборки: На основании базовых положений математической статистики необходимый объем выборки составил 130 пациентов хирургического отделения (при допустимой ошибке 5%, доверительной вероятности 0,954).

Критерии включения: пациенты в возрасте старше 61 года, давшие добровольное письменное согласие на участие в исследовании, получающие курс инфузионной терапии в течение 10 дней.

Критерии исключения: пациенты возраст до 61 года, получающие курс инфузионной терапии менее 10 дней, пациенты с ограниченным зрением и с нарушением слуха, отказ от участия в исследовании.

Вошедшие в исследование пациенты были разделены на 2 группы:

1 группа (основная): 65 пациентов, которым при проведении инфузионной терапии для обеспечения венозного доступа использовались периферические катетеры.

2 группа (сравнения): 65 пациентов, которым при проведении инфузионной терапии венозный доступ был осуществлен посредством ежедневной пункции вен иглами.

Хирургическое отделение БУЗОО «ГВВ» организовано на 56 коек (38 мужских, 18 женских). Соотношение мужчин к женщинам 2:1.

Количество участников исследования основной группы и группы сравнения составил по 22 женщины и 43 мужчины в каждой группе.

Научная новизна и практическая значимость:

- На основании сравнительного анализа безопасности периферического венозного доступа посредством иглы и катетера выяснено, что при проведении плановой инфузионной терапии в гериатрической практике целесообразно использовать периферические венозные катетеры.
- Разработаны рекомендации по обеспечению и поддержанию периферического венозного доступа у пациентов пожилого и старческого возраста, предназначенные для практической деятельности медицинских сестер БУЗОО «ГВВ».

Обеспечение венозного доступа у участников исследования

Венозный доступ у участников основной группы обеспечивался периферическими катетерами диаметром 20 и 22 G из полиуретана. Процедура постановки, ухода и удаления ПВК регламентировались рекомендациями БУЗОО «Областной клинической больницей» 2012 г [1] и руководством для медицинских сестер по обеспечению и поддержанию периферического венозного доступа РАМС [3, 5]. Для профилактики тромбирования периферического венозного катетера по окончании инфузии в просвет катетера вводился пластиковый гибкий стилет, согласно размеру катетера. Катетеры фиксировались самоклеющейся гипоаллергенной повязкой. Для забора крови из венозного катетера использовалась вакуумная система VACUTAINER. Держатели вакуумной системы снабжены люер адаптером для безыгольного соединения с периферическим венозным катетером. Внутримышечная антибиотикотерапия у пациентов основной группы была переведена на внутривенное введение через периферический венозный катетер.

Венозный доступ у участников группы сравнения при проведении курса инфузионной терапии обеспечивался путем многократных пункций периферических вен стальными иглами.

Определение психологической готовности участников основной группы к новому методу обеспечения венозного доступа

Определение психологической готовности участников основной группы к новому методу обеспечения венозного доступа проводилось с помощью исследования уровня ситуационной тревожности по методике Спилберга – Ханина (приложение 1). Методика Ч.Д. Спилберга (адаптирована Ю.Л. Ханиным) является надежным источником информации о самооценке человеком уровня своей тревожности в данный момент.

Определение интенсивности болевого синдрома

Интенсивность болевого синдрома при обеспечении периферического венозного доступа оценивалась с помощью 5-балльной шкалы вербальных (словесных) оценок ШВО (приложение 2). Пациенты группы сравнения самостоятельно давали оценку интенсивности болевого синдрома при венепункции ежедневно, пациенты основной группы при катетеризации периферических вен – 1 раз в три дня.

Наблюдение за безопасностью периферического венозного доступа

Для проведения наблюдения за безопасностью периферического венозного доступа были разработаны протокол катетеризации периферических вен (приложение 3) и лист наблюдения за проведением инфузионной терапии посредством иглы (приложение 4), рассчитанные на курс десятидневной инфузионной терапии. У основной группы использовался протокол катетеризации периферических вен, у группы сравнения - лист наблюдения за проведением инфузионной терапии посредством иглы.

Данные инструменты исследования позволяли вести контроль над следующими показателями:

- количество венепункций и неудачных попыток при обеспечении периферического венозного доступа;
- количество внутривенных манипуляций (забор крови, внутривенные инъекции) при проведении курса инфузионной терапии;
- частота развития инфузионных флебитов, степень их выраженности при исследуемых методах обеспечения венозного доступа;
- количество внутримышечных инъекций при использовании внутривенных периферических катетеров;
- Оценка инфильтрации: количество, степень выраженности;
- количество местных гематом, не потребовавших дополнительного лечения.

Оценка осложнений

Выраженность инфузионного флебита и инфильтрации оценивались по степени в соответствии со Шкалой оценки флебитов (приложение 5) и Шкалой оценки инфильтрации (приложение 6), рекомендованные Российской ассоциацией медицинских сестер в 2012г [5].

Исследовательская работа построена на сравнительном анализе безопасности периферического венозного доступа посредством иглы и венозного катетера.

Для достижения цели исследования и выполнения поставленных задач в работе использовались тестирование пациентов, визуальное наблюдение, математическая обработка результатов, количественный и качественный анализ результатов. Математическая обработка результатов проводилась по помощи методов описательной статистики в пакете прикладных программ Microsoft Excel 2010.

Распределение участников исследования по половой принадлежности и возрастным группам

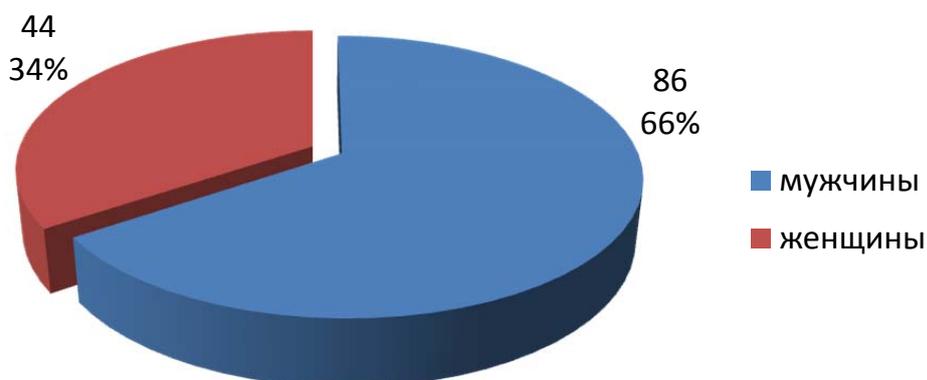


Рисунок 1 - Распределение участников исследования по половой принадлежности

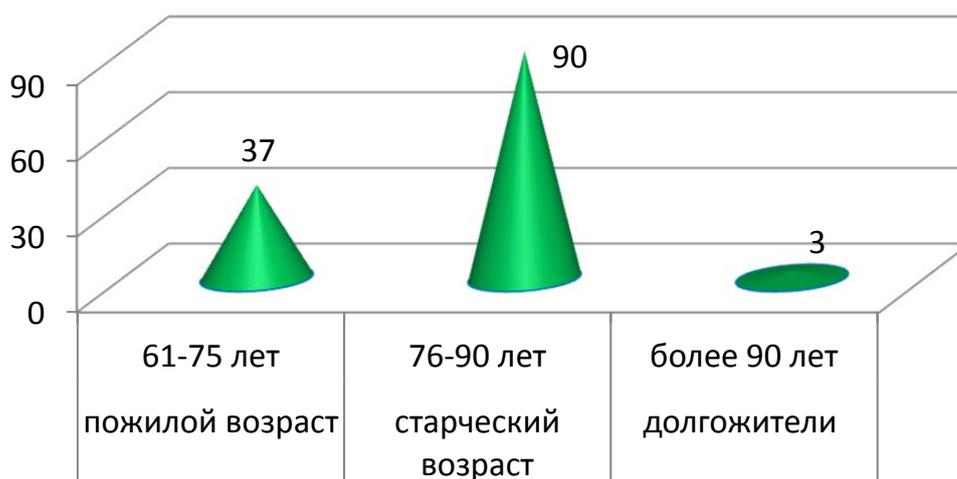


Рисунок 2 - Распределение участников исследования по возрастным категориям

В исследование вошли 86 (66%) мужчин и 44 (34%) женщины (по 43 мужчины и 22 женщины в каждой группе соответственно). Средний возраст соответствовал $79,5 \pm 8,7$ лет (размах варьирования 61- 95 лет).

Используя классификацию возрастных категорий ВОЗ, распределение количества респондентов по возрастным группам составило: пациенты пожилого возраста (61- 75 лет) – 37 участников, старческого возраста (76-90 лет) – 90 участников, долгожителей (старше 90 лет) – 3 участника.

Все пациенты, включенные в исследование, давали добровольное информированное согласие на участие в исследовании, согласованное с этическим комитетом Совета по сестринскому делу БУЗООГВВ и этическим комитетом ОПСА, не противоречащим Этическому кодексу медицинской сестры России [4]. Права пациентов защищены Конституцией РФ [8], Федеральным законом РФ «Об охране здоровья граждан в РФ» [9] и Законом РФ «О защите прав потребителей» [2].

Оценка ситуационной тревожности

Предложение на участие в сестринском исследовании у пациентов пожилого и старческого возраста вызывало чувство тревожности, эмоциональные переживания за здоровье, связанные с собственной оценкой степени риска возникновения неблагоприятного исхода.

Травмирующая ситуация с утратой чувства защищенности у пациентов основной группы потребовало от медицинского персонала индивидуального подхода, адекватного объяснения и дополнительного аргументирования о достоинствах нового метода обеспечения венозного доступа. ситуационной тревожности у участников основной группы по методике Спилберга – Ханина было выявлено, что катетеризация периферических вен вызывала высокий уровень тревожности только у 1(2%) пациента. Отсутствие высокого уровня тревожности у 98% участни-

ков исследования говорит о психологической готовности к новому методу инфузионной терапии. Психологическая безопасность была достигнута с помощью тщательной подготовки пациентов к сестринскому исследованию при оценке уровня и явными преимуществами катетеризации периферических вен.

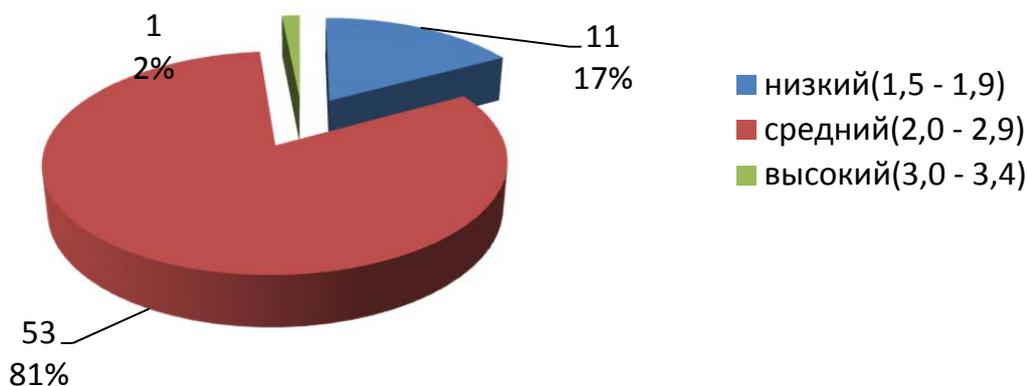


Рисунок 3 - Уровень ситуационной тревожности у участников основной группы

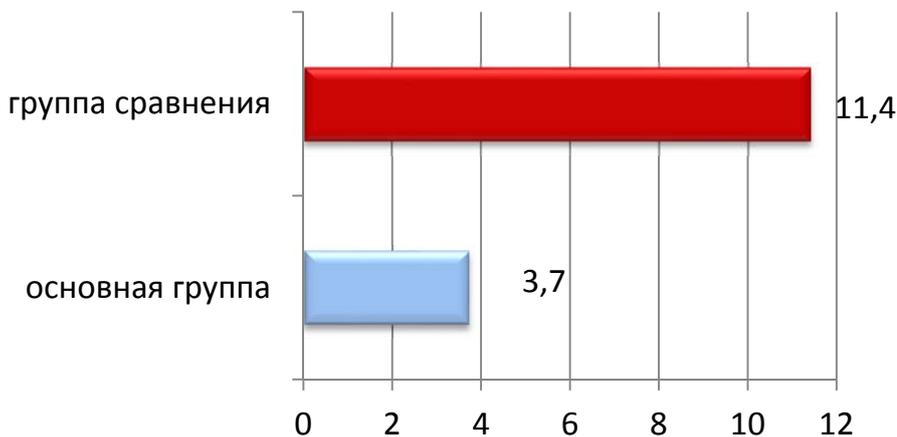


Рисунок 4 - Количество венепункций при проведении инфузионной терапии

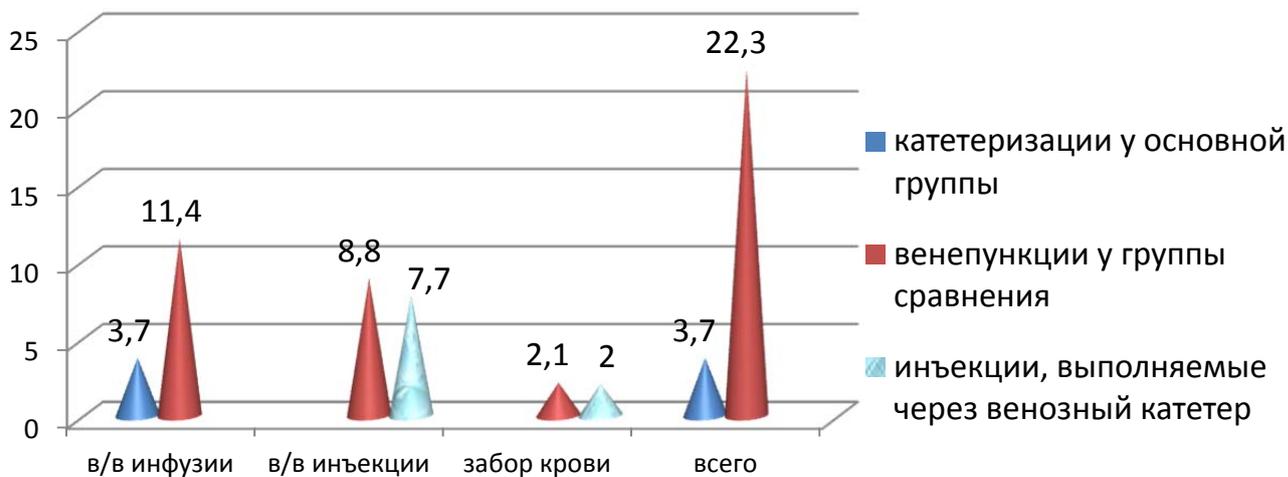


Рисунок 5 - Общее количество венепункций у участников исследования

Количество венепункций и неудачных попыток внутривенных инъекций при проведении инфузионной терапии

При проведении десятидневного курса инфузионной терапии количество венепункций с учетом неудачных попыток составило у основной группы $3,7 \pm 0,8$ (размах варьирования от 3 до 7 венепункций), у группы сравнения $11,4 \pm 1,7$ (размах варьирования от 10 до 15 венепункций). Данный результат был получен при проведении инфузионной терапии без учета дополнительных венепункций. Таким образом, сопоставление полученных результатов, показало, что использование катетеризации периферических вен снизило количество венепункций в 3 раза.

Во время курса инфузионной терапии внутривенные манипуляции у участников основной группы проводились через периферический венозный катетер, что не потребовало дополнительного венозного доступа, поэтому количество катетеризаций осталось неизменным. У группы сравнения общее количество венепункций составило $22,3 \pm 4,7$ инъекций. При применении катетеризации периферических вен удалось сократить внутривенные инъекции в 6 раз.

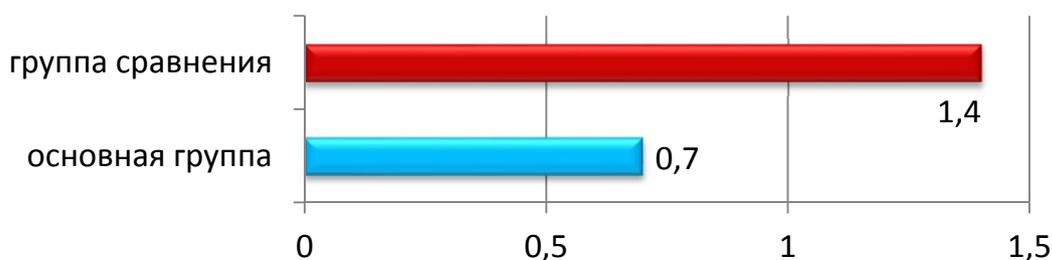


Рисунок 6 - Неудачные попытки венепункций при проведении инфузионной терапии

При анализе неудачных попыток венепункций для выполнения внутривенных капельных инфузий выявлено, что у основной группы на одного пациента приходилось 0,7 неудач, у пациентов группы сравнения – 1,4. Увеличение количества неудачных попыток венепункций в 2 раза у участников группы сравнения связано с ежедневными многократными внутривенными инъекциями и использованием новых участков вен для выполнения процедуры.

Уровень боли при обеспечении венозного доступа

Анализ уровня боли по 5-балльной шкале вербальных (словесных) оценок ШВО показал, что модой у участников основной группы и группы сравнения является ответ 1 балл (слабая боль), но при этом участники группы сравнения при пункции периферических вен уровень боли в 1 балл испытывали в 3 раза чаще, чем участники основной группы.



Рисунок 7 - Уровень боли по 5-бальной шкале вербальных оценок ШВО

Оценка степени инфузионного флебита

У респондентов основной группы 17 из 240 катетеризаций периферических вен привели к развитию инфузионных флебитов, что составило 7% от общего количества внутривенных катетеризаций, у группы сравнения – 14 из 743 (2% от общего количества венепункций). Причины развития флебитов при проведении инфузионной терапии не были выяснены. Выраженность флебита не превышала 1 степени, что не потребовало дополнительного лечения.

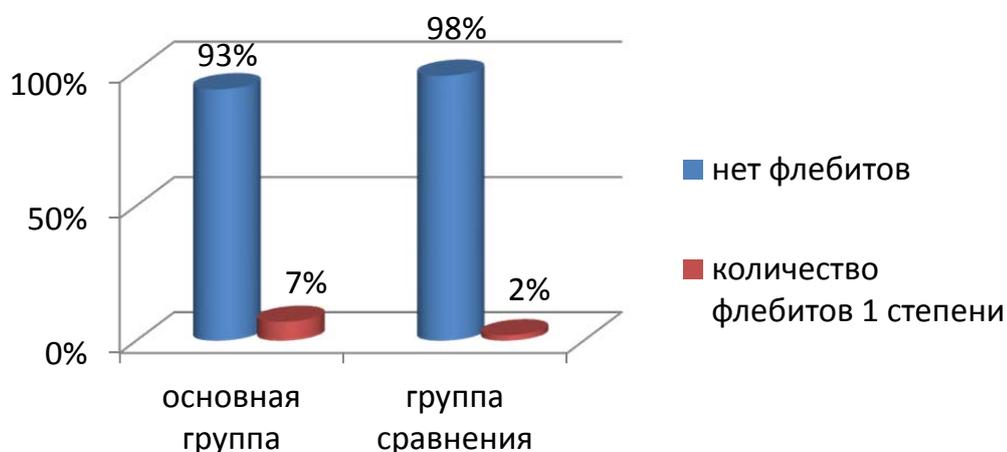


Рисунок 8 - Оценка степени флебита при проведении инфузионной терапии

Оценка степени инфильтрации

При оценке инфильтрации выявлено, что у участников группы сравнения наблюдались инфильтраты 1 и 2 степени, у основной группы были отмечены инфильтраты только 1 степени. У группы сравнения инфильтраты 1 степени вызывали 6% венепункций и 2 степени 1% от общего количества внутривенных инъекций. У основной группы – 1 степени 6% от общего числа катетеризаций. Статистически значимой разницы не получено, так как соотношение количества вене-

пункций для проведения инфузионной терапии у участников группы сравнения к основной группе составляет 3:1. Инфильтрация 1 степени не потребовала лечения. Инфильтраты 2 степени, которые наблюдались у семи участников группы сравнения, потребовали применения местного согревающего полуспиртового компресса.

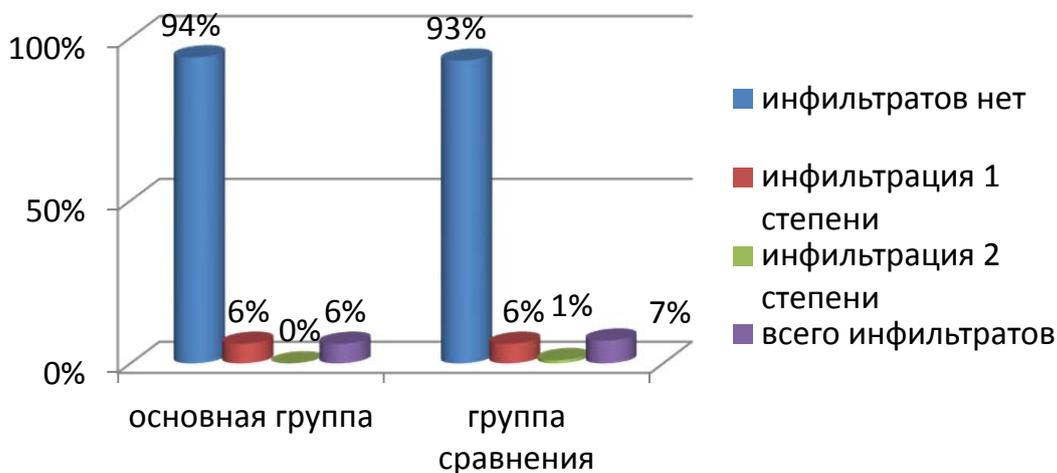


Рисунок 9 - Оценка степени инфильтрации при проведении инфузионной терапии

Анализ общего количества возникновения инфильтрации в исследуемых группах показал, что на долю основной группы приходилось 15 (23%) случаев возникновения инфильтратов, на долю группы сравнения 50 (77%) случаев от общего количества инфильтратов. Увеличение случаев данного осложнения у пациентов группы сравнения связано с частыми венепункциями и дислокациями игл при проведении инфузионной терапии.

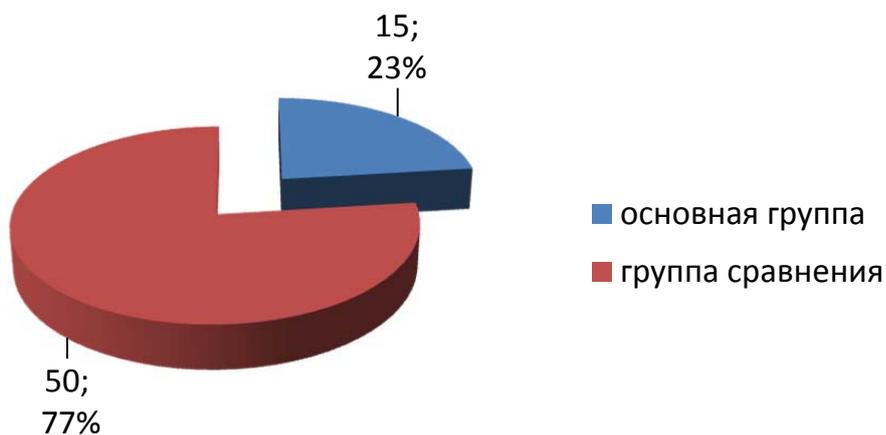


Рисунок 10 - Количество инфильтратов в исследуемых группах

Частота случаев местных гематом

При анализе общего количества гематом, причина которых связана с внутривенными манипуляциями, было выявлено, что местные кровоизлияния наблюдались у пациентов основной группы в 7 случаях (8% от общего количества возникших гематом в исследовательских группах), у группы сравнения – в 79 случаях (92%).

Учитывая возрастные изменения кожи и венных сосудов уменьшению количества подкожных кровоизлияний на 84 % у пациентов основной группы способствовали:

- Катетеризация периферических вен и наложение венозного жгута 1 раз в 72 часа.
- Особая форма кончика периферического венозного катетера и специальная заточка иглы, что уменьшает пункционную травму.

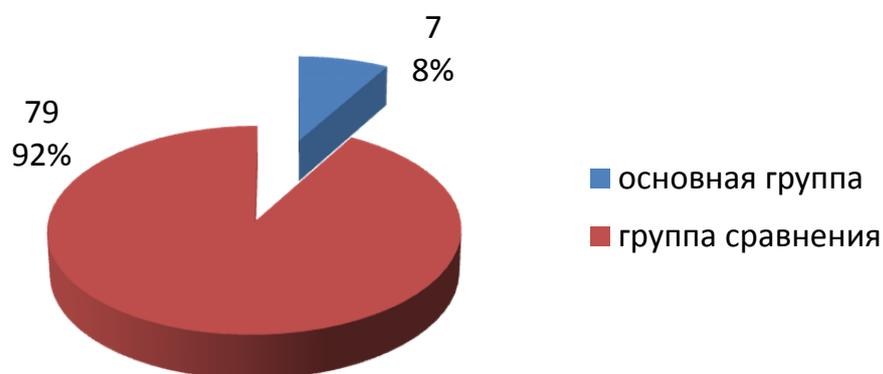


Рисунок 11 - Количество местных гематом в исследуемых группах

Анализ инфузионных осложнений

При проведении количественного анализа инфузионных осложнений в исследовательских группах выяснилось, что:

- у респондентов основной группы осложнения, не требующие лечения, наблюдались в 39 случаях, что составило 21% от общего количества возникших осложнений;
- у респондентов группы сравнения осложнения, не требующие лечения, наблюдались в 136 случаях, что составило 75% от общего количества возникших осложнений;
- у респондентов группы сравнения 4% (7 случаев) осложнений потребовали местного лечения.

Таким образом, при применении катетеризации периферических вен количество осложнений, возникающих при проведении инфузионной терапии, возможно, сократить в 3,8 раз.

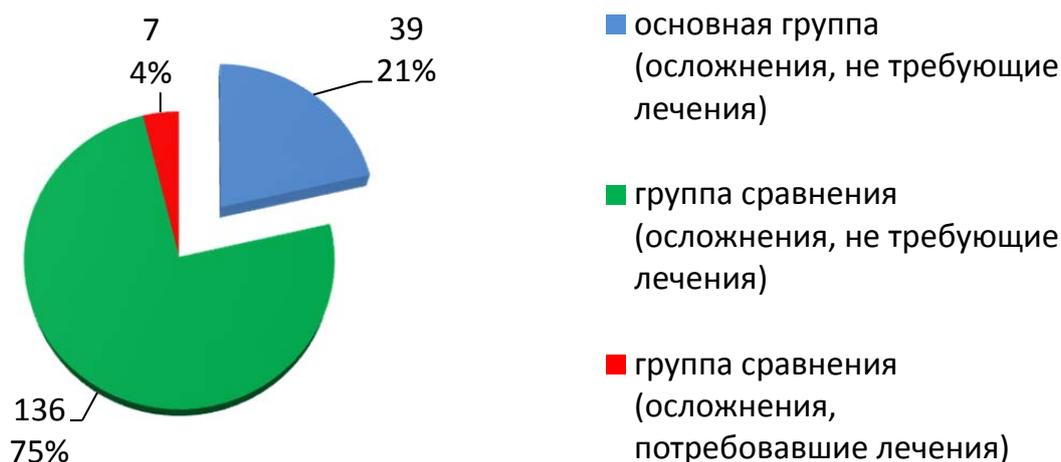


Рисунок 12 - Общее количество осложнений

Замещение внутримышечной антибиотикотерапии

Двадцати трём респондентам основной группы во время проведения курса десятидневной инфузионной терапии были назначены антибактериальные препараты. После замены внутримышечной антибиотикотерапии на внутривенное введение через периферический венозный катетер у пациентов основной группы количество *внутримышечных инъекций составило $11,5 \pm 7,0$* . Результатом замены *внутримышечных инъекций на внутривенные стало уменьшение количества внутримышечных инъекций на $8,1 \pm 6,5$, приходящихся на 1 пациента*.



Рисунок 13 - Количество в/м инъекций у участников основной группы

Выводы

Итоги сравнительного анализа, свидетельствующие о безопасности периферического венозного доступа в гериатрической практике посредством периферического венозного катетера:

1. отсутствие высокого уровня тревожности у 98% участников исследования, что говорит о психологической готовности к новому методу инфузионной терапии;
2. уменьшение количества венепункций на 83,4%;
3. уменьшение количества неудачных попыток венепункций на 50%;
4. уровень боли при катетеризации не превышает уровень боли при пункции вены иглой, но при этом пациенты эту боль испытывают в 6 раз реже;
5. уменьшение количества осложнений, не требующих лечения на 56%;
6. отсутствие (0%) осложнений, требующих лечения;
7. уменьшение количества внутримышечных инъекций на 41,3% в случае замены внутримышечной антибиотикотерапии на внутривенное введение через периферический венозный катетер.

В результате проведенного исследования можно сделать вывод: основным способом обеспечения и поддержания периферического венозного доступа при проведении плановой инфузионной терапии в гериатрической практике целесообразна периферическая катетеризация вен. Введение в гериатрическую практику катетеризации периферических вен позволяет иметь гарантированный венозный доступ в течение трех суток, делает более комфортным проведение инфузионной терапии (безболезненное подключение к шприцу или системе, свободное положение во время инфузии).

Наличие постоянного венозного доступа в течение плановой госпитализации необходимо в случаях внезапного возникновения неотложных ситуаций наиболее часто встречающиеся у пациентов пожилого и старческого возраста.

Важна психологическая подготовка пациентов к новому способу обеспечения периферического венозного доступа, что требует от медицинских сестер индивидуального подхода и более аргументированного объяснения процедуры.

Катетеризация периферических вен позволяет проводить безыгольным методом внутривенные инъекции через инъекционный порт катетера и забор венозной крови с помощью вакуумной системы, держатели которых снабжены люер адаптером.

Инфузионная терапия посредством периферического венозного катетера позволяет сократить количество неудачных попыток для венепункций и частоту возникновения осложнений, связанные с частыми повторными венепункциями.

Для четкого фиксирования развития возможных осложнений и правильного ухода за периферическим венозным катетером целесообразно вести протокол катетеризации периферических вен.

Уровень боли при обеспечении венозного доступа посредством катетера не превышает уровень боли от венепункции иглой, но при этом при проведении инфузионной терапии посредством иглы пациенты эту боль испытывают ежедневно.

При использовании периферических венозных катетеров, возможно сократить количество внутримышечных инъекций, путем перевода внутримышечной

антибиотикотерапии на внутривенную, что в свою очередь с одной стороны снижает болевые ощущения и риск развития потенциально возможных осложнений от введения препаратов в мышцу, с другой – способствует быстрому и эффективному введению точной дозы лекарственного препарата в кровяное русло.

В ходе исследования разработаны рекомендации по обеспечению и поддержанию периферического венозного доступа в гериатрической практике.

Катетеризация периферических вен позволяет экономить время медицинского персонала, затрачиваемое на частые внутривенные инъекции, которые могут привести к повышению профессионального риска инфицирования.

Заключение.

Безопасность периферического венозного доступа у пациентов пожилого и старческого возраста является одной из актуальных и сложных проблем в профессиональной деятельности медицинских сестер, работающих в гериатрии.

У гериатрического пациента при обеспечении и поддержании периферического венозного доступа возникает ряд трудностей, связанных с возрастными изменениями кожи и венозных сосудов. Ежедневные многократные венепункции приводят к образованию гематом, инфильтратов, неудачным попыткам инъекций, что затрудняет проведение инфузионной терапии и негативно сказывается на психо-эмоциональном статусе пациента. Медицинская сестра должна максимально устранить влияние факторов риска на пациента и создать условия, которые обеспечат пациенту безопасность во время внутривенных манипуляций.

Сестринское исследование в БУЗОО «ГВВ» показало необходимость изменения подхода к обеспечению периферического венозного доступа в гериатрической практике. Переход на использование периферических венозных катетеров позволяет минимизировать осложнения, предполагает надежный венозный доступ в течение трех суток, обеспечивает двигательную активность и комфорт пациента. Доказана эффективность и безопасность периферического венозного доступа посредством катетера.

Для успешного внедрения результатов исследования в практическую деятельность разработаны методические рекомендации по обеспечению и поддержанию периферического венозного доступа, акцентированные на особенностях постановки, ухода и профилактики осложнений у пациентов пожилого и старческого возраста. Существует потребность в обучении среднего медицинского персонала БУЗОО «ГВВ» специфике работы с периферическими венозными катетерами в гериатрической практике. Правильная организация и внедрение рекомендаций по обеспечению и поддержанию периферического венозного доступа позволит повысить профессионализм медицинских сестер, улучшить качество оказываемой медицинской помощи данной группе пациентов.

Для распространения результатов сестринского исследования «Безопасность периферического венозного доступа в гериатрической практике», основанного на доказательной практике, планируется публикация статьи в профессиональный

журнал «Вестник РАМС», что позволит информировать специалистов сестринского дела о преимуществах использования периферических венозных катетеров у пациентов пожилого и старческого возраста.

Список используемой литературы:

1. БУЗОО «ОКБ». Протокол по катетеризации периферических вен и уходу за периферическими и центральными венозными катетерами // Учебное пособие для медицинских сестер. – Омск – 2012г. – с. 2 – 10.
2. Закон РФ «О защите прав потребителей» от 07.02.1992г. №2300-1.
3. Материалы конференции «Единый стандарт периферического венозного доступа как возможность оптимизации работы ЛПУ», Санкт – Петербург // Журнал «Вестник ассоциации медицинских сестер России». – 2012г. - №1/5 – с. 19 – 21.
4. Общероссийская общественная организация «Ассоциация медицинских сестер России». Этический кодекс медицинской сестры России. – Санкт – Петербург: издательство «Артиком», 2010г.
5. Общероссийская общественная организация «Ассоциация медицинских сестер России». Методические рекомендации по обеспечению и поддержанию периферического венозного доступа // Руководство для медицинских сестер. – Санкт – Петербург: ООО «Береста», 2012 г. – с. 4 – 19.
6. Санкт – Петербургский центр последипломного образования работников со средним медицинским и фармацевтическим образованием. Проблемы венозного доступа: мелкие, хрупкие вены и «бумажная» кожа // Электронный ресурс. Режим доступа: <http://nursing.edu.ru/element/klinicheskaya-sestrinskaya-praktika>.
7. Сыров А.В., Матвеева Е.Н., Гирина О.Г. Применение периферических венозных катетеров в клинической практике // Журнал «Трудный пациент». – 2011г. – том 9 - №10 – с. 50 – 53.
8. Конституция РФ от 12.12.1993 г.
9. Федеральный закон РФ №323 01.01.2012г. «Об охране здоровья граждан в РФ».

**Методика «Определения уровня тревожности»
(Ч.Д. Спилберг, Ю.Л. Ханин)**

Уважаемый пациент! Прочтите внимательно каждое из приведенных ниже суждений и отметьте справа в графах цифры, соответствующие вашему выбору из четырех альтернатив. Над ответами на предложенные суждения долго думать не следует. Выберите тот ответ, который более всего соответствует вашему мнению.
Ф.И.О. _____

Шкала ситуационной тревожности

№ п/п	Суждение	Выбираемые ответы			
		Нет, это не так	Пожалуй, так	Верно	Совершенно верно
1	Я спокоен	1	2	3	4
2	Мне ничто не угрожает	1	2	3	4
3	Я нахожусь в состоянии напряжения	1	2	3	4
4	Я внутренне спокоен	1	2	3	4
5	Я чувствую себя спокойно	1	2	3	4
6	Я расстроен	1	2	3	4
7	Меня волнуют возможные неудачи	1	2	3	4
8	Я ощущаю душевный покой	1	2	3	4
9	Я встревожен	1	2	3	4
10	Я испытываю чувство внутреннего удовлетворения	1	2	3	4
11	Я уверен в себе	1	2	3	4
12	Я нервничаю	1	2	3	4
13	Я не нахожу себе места	1	2	3	4
14	Я взвинчен	1	2	3	4
15	Я не чувствую скованности и напряжения	1	2	3	4
16	Я доволен	1	2	3	4
17	Я озабочен	1	2	3	4
18	Я слишком возбужден, и мне не по себе	1	2	3	4
19	Мне радостно	1	2	3	4
20	Мне приятно	1	2	3	4

Оценка результатов тестирования
«Определение уровня тревожности» (Ч.Д.Спилберг, Ю.Л.Ханин)

Подсчитывается общее количество баллов по всем суждениям. Это общее количество баллов делится на 20. Итоговый показатель рассматривается как уровень развития ситуационной тревожности для данного испытуемого. При этом показателями уровней тревожностей будут:

3,5-4,0 балла - очень высокая тревожность

3,0-3,4 балла - высокая тревожность

2,0-2,9 балла - средняя тревожность

1,5-1,9 балла - низкая тревожность

Ключ к методике определения ситуационной тревожности

№ суждения	Ситуационная тревожность (ответ)			
	I.	II.	III.	IV.
1	4	3	2	1
2	4	3	2	1
3	1	2	3	4
4	1	2	3	4
5	4	3	2	1
6	1	2	3	4
7	1	2	3	4
8	4	3	2	1
9	1	2	3	4
10	4	3	2	1
11	4	3	2	1
12	1	2	3	4
13	1	2	3	4
14	1	2	3	4
15	4	3	2	1
16	4	3	2	1
17	1	2	3	4
18	1	2	3	4
19	4	3	2	1
20	4	3	2	1

5 - БАЛЛЬНАЯ ШКАЛА ВЕРБАЛЬНЫХ (СЛОВЕСНЫХ) ОЦЕНОК (ШВО).

Уважаемый пациент! Просим Вас дать оценку интенсивности болевого синдрома при обеспечении венозного доступа во время проведения курса инфузионной терапии

Ф.И.О. _____

№ п/п	дата	Оценка боли				
		0 баллов	1 балл	2 балла	3 балла	4 балла
1		боли нет	слабая боль	боль умеренная	боль сильная	нестерпимая, самая сильная боль

ПРОТОКОЛ КАТЕТЕРИЗАЦИИ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ ВЕН

ФИО _____ год рождения _____ отделение _____

Размер катетера	22	20	рука	Доминир.	Размер катетера	22	20	рука	Доминир.	Размер катетера	22	20	рука	Доминир.
				Не доминиру.					Не доминиру.					Не доминиру.
Количество попыток для катетеризации					Количество попыток для катетеризации					Количество попыток для катетеризации				
Место установки катетера	Вены кисти				Место установки катетера	Вены кисти				Место установки катетера	Вены кисти			
	Вены предплечья					Вены предплечья					Вены предплечья			
	Вены в области локтевого сгиба					Вены в области локтевого сгиба					Вены в области локтевого сгиба			
	Вены плеча					Вены плеча					Вены плеча			

Причина удаления	Окончание инфузионной терапии			Причина удаления	Окончание инфузионной терапии			Причина удаления	Окончание инфузионной терапии					
	Плановая замена				Плановая замена				Плановая замена					
	Удален пациентом				Удален пациентом				Удален пациентом					
	Развитие осложнений				Развитие осложнений				Развитие осложнений					
	Указать осложнение				Указать осложнение				Указать осложнение					
	Другая причина				Другая причина				Другая причина					
Дата установки		Время установки		Дата установки		Время установки		Дата установки		Время установки				
Дата удаления		Время удаления		Дата удаления		Время удаления		Дата удаления		Время удаления				
Процедура	Дата				Процедура	Дата				Процедура	Дата			
Оценка места катетеризации по шкале флебитов	0	0	0	0	Оценка места катетеризации по шкале флебитов	0	0	0	0	Оценка места катетеризации по шкале флебитов	0	0	0	0
	1	1	1	1		1	1	1	1		1	1	1	1
	2	2	2	2		2	2	2	2		2	2	2	2
	3	3	3	3		3	3	3	3		3	3	3	3
	4	4	4	4		4	4	4	4		4	4	4	4
Оценка места катетеризации по шкале инфильтрации	0	0	0	0	Оценка места катетеризации по шкале инфильтрации	0	0	0	0	Оценка места катетеризации по шкале инфильтрации	0	0	0	0
	1	1	1	1		1	1	1	1		1	1	1	1
	2	2	2	2		2	2	2	2		2	2	2	2
	3	3	3	3		3	3	3	3		3	3	3	3
	4	4	4	4		4	4	4	4		4	4	4	4

Заме- на по- вязки	Да	Да	Да	Да	Замена повяз- ки	Да	Да	Да	Да	Замена повязки	Д а	Да	Да	Да
	Не т	Не т	Не т	Не т		Не т	Не т	Не т	Не т		Не т	Н ет	Не т	Не т
Заме- на в/м на в/в					Замена в/м на в/в					Замена в/м на в/в				
в/м инъ- екции					в/м инъек- ции					в/м инъек- ции				
в/в инъ- екции					в/в инъек- ции					в/в инъек- ции				
Забор крови					Забор крови					Забор крови				
Введе- ние сти- лета (время)					Введение стилета (время)					Введение стилета (время)				
Удале- ние сти- лета (время)					Удаление стилета (время)					Удаление стилета (время)				
ФИО м/с					ФИО м/с					ФИО м/с				

ЛИСТ НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ПРОВЕДЕНИЕМ ИНФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ ПОСРЕДСТВОМ ИГЛЫ

ФИО _____

год рождения _____ отделение _____

процедура		дата									
Количество попыток для вене-пункции											
Место вене-пункции	Вены кисти										
	Вены предплечья										
	Вены в области локтевого сгиба										
	Вены плеча										
Время установки											
Время удаления											
Оценка места вене-пункции по шкале флебитов		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
		2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
		3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
		4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
Оценка места вене-пункции по шкале инфильтрации		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
		2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
		3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
		4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
Образование гематомы											
в/в инъекции (кол-во)											
в/м инъекции (кол-во)											
Взятие венозной крови											
Ф.И.О. медицинской сестры											

ШКАЛА ОЦЕНКИ ФЛЕБИТА

Степень	Признаки	Изображение	Рекомендуемые действия
0	Боль и симптоматика отсутствуют		Продолжать наблюдение
1	Боль, покраснение вокруг места катетера		<ul style="list-style-type: none"> Удалить катетер и установить новый в другой области проводить наблюдение за обеими областями
2	<ul style="list-style-type: none"> Боль, отечность, покраснение Вена пальпируется в виде плотного тяжа 		<ul style="list-style-type: none"> удалить катетер и установить новый в другой области проводить наблюдение за обеими областями При необходимости начать лечение
3	<ul style="list-style-type: none"> Боль, отечность, уплотнение, покраснение Вена пальпируется в виде плотного тяжа более 3 см Нагноение 		<ul style="list-style-type: none"> удалить катетер и установить новый в другой области канюлю катетера отправить на бактериологическое исследование провести бактериологический анализ образца крови, взятого из вены здоровой руки
4	<ul style="list-style-type: none"> Боль, отечность, уплотнение, покраснение Вена пальпируется в виде плотного тяжа более 3 см. Нагноение Повреждение тканей 		<ul style="list-style-type: none"> удалить катетер и установить новый в другой области канюлю катетера отправить на бактериологическое исследование провести посев крови, взятой из вены другой руки

ШКАЛА ОЦЕНКИ ИНФИЛЬТРАЦИИ

Степень	Признаки
0	<ul style="list-style-type: none"> • Симптоматика отсутствует.
1	<ul style="list-style-type: none"> • Бледная, холодная на ощупь кожа. • Отек <2,5 см. в любом направлении от места установки иглы / катетера. • Возможна болезненность.
2	<ul style="list-style-type: none"> • Бледная, холодная на ощупь кожа. • Отек от 2,5 до 15 см. в любом направлении от места установки иглы / катетера. • Возможна болезненность.
3	<ul style="list-style-type: none"> • Бледная, полупрозрачная, холодная на ощупь кожа. • Обширный отек >15 см. в любом направлении от места установки иглы / катетера. • Жалобы на легкую и умеренную болезненность. • Возможно снижение чувствительности.
4	<ul style="list-style-type: none"> • Бледная, полупрозрачная, натянутая кожа. • Кожа синюшная и отечная; наблюдается экссудация. • Обширный плотный отек >15 см. в любом направлении от места установки иглы / катетера; после нажатия пальцем на место отека сохраняется вдавление. • Нарушение кровообращения; жалобы на умеренную или сильную боль. • Степень 4 ставится при инфильтрации любым количеством препаратов крови / препаратов с раздражающими или кожно-нарывными свойствами.

Снижение трудозатрат медицинской сестры при применении современных инфузионных систем

Юркова Ю.В.,
медицинская сестра палатная отделения
реанимации и интенсивной терапии
БУЗОО «ГК БСМП №1»

Научный руководитель: Гирш А.О.,
профессор кафедры анестезиологии,
реанимации и скорой медицинской помощи
Омской государственной медицинской академии,
д.м.н.

Актуальность темы. Сегодня инфузионная терапия¹ — это самостоятельная область медицинских знаний. Она развивается на стыках таких наук, как биохимия, биофизика, молекулярная биология, физиология, химия полимеров и многих других. Инфузионная терапия революционизировала принципы врачебной деятельности и методы лечения всех нозологических групп, включая такие, как кожные или психические заболевания. Поэтому врачи всех без исключения специальностей прибегают к ее использованию уже с первых дней своей деятельности.

Инфузионная терапия в настоящее время является одной из важнейших лечебных процедур, призванная решать широкий круг медицинских задач. Ни одна из современных методик реанимации и интенсивной терапии не обходится без применения инфузионной терапии. Не смотря на столь широкое применение в современной медицинской практике, история ее становления и развития насчитывает не более двухсот лет. В первую очередь это связано с представлениями о физиологии человека и патогенезе заболеваний.

Задачи инфузионной терапии:

1. Первоочередной задачей инфузионной терапии всегда являлась коррекция объема циркулирующей крови и регидратация тканей. Причем, наиболее эффективным считается грамотное сочетание кристаллоидных и коллоидных растворов.
2. Активная детоксикация с использованием форсированного диуреза. Здесь большое значение имеют объем перелитой и выделенной жидкости.
3. Введение различных препаратов при помощи инфузии² позволяет более эффективно контролировать их действие. К тому же, они растворены, что приводит к минимуму их воздействие на сосудистую стенку.
4. Коррекция нарушений кислотно-щелочного, электролитного баланса и нормализация буферных систем крови.

Решение задач инфузионной терапии происходит при соблюдении следующих условий:

1. Обеспечение надежного и рационального доступа к кровеносному руслу.
2. Техническое обеспечение доставки препарата в кровоток (пассивное или активное).
3. Возможность медицинского и коммерческого соответствия инфузионной среды поставленной задаче.
4. Контроль достигнутого результата с помощью лабораторных и инструментальных методов наблюдения.

Показаниями к инфузионной терапии являются:

- 1) дефицит объема жидкости, возникающий при потерях воды и электролитов, плазмы и крови;
- 2) изменения осмолярности, дефицита или избытка отдельных компонентов плазмы;
- 3) тяжелые травмы, гиповолемический шок, заболевания, сопровождающиеся лихорадкой, рвотой, диареей, обильным потоотделением и значительными нарушениями водного и электролитного равновесия;
- 4) при невозможности использования энтерального пути усвоения воды и питательных веществ.

Противопоказаниями к инфузионной терапии служат возможность компенсации дефицита жидкости энтеральным путем, аллергические и анафилактические реакции на различные инфузионные растворы.

Основным способом проведения инфузионной терапии в настоящее время является внутривенное введение растворов. Развитие инфузионной терапии пришлось на XX столетие, а с ним усовершенствовались и пути введения инфузионных сред. С развитием конструкций и приспособлений из различных материалов для проведения инфузий остро встала проблема осложнений в виде инфицирования.

Ангиогенные инфекции, относящиеся к так называемым нозокомиальным³, и по сей день продолжают оставаться одними из наиболее частых у госпитализированных пациентов. В их структуре ангиогенные инфекции, вместе с инфекциями дыхательных путей, занимают третье место (10%), уступая место лишь инфекциям мочевыводящих путей и раневым инфекциям. При этом летальность от ангиогенных инфекций составляет около 25 %, что выше, чем при нозокомиальной пневмонии (10 %).

¹Инфузионная терапия (от лат. *infusio* — вливание, впрыскивание) — метод лечения, основанный на введении в кровоток различных растворов определённого объёма и концентрации, с целью коррекции патологических потерь организма или их предотвращения.

²Внутривенное вливание (внутривенная инфузия) — введение жидкостей, лекарственных средств или препаратов (компонентов) крови в венозный сосуд.

В ходе многочисленных исследований было установлено, что проблема ангиогенных инфекций осложняется двумя факторами: материально-техническими и фактором профессиональной подготовленности медицинского персонала.

Организация качественной инфузионной терапии является важной частью лечебного процесса для пациентов находящихся на лечении в отделении реанимации и интенсивной терапии БУЗОО «ГК БСМП №1».

В настоящее время в БУЗОО «ГК БСМП №1» уделяется огромное внимание профилактике осложнений во время проведения инфузионной терапии. Проблемы при осуществлении инфузионной терапии существуют и в ОРИТ, что приводит к снижению качества оказания медицинской помощи пациентам отделения. Желание улучшить качество оказания медицинской помощи пациентам ОРИТ путём внедрения в практическую деятельность медицинской сестры современных систем для инфузионной терапии дало основание для проведения сестринского исследования на базе отделения реанимации и интенсивной терапии БУЗОО «ГК БСМП №1». Для выполнения сестринского исследования по утверждённой теме была создана команда из медицинских сестёр палатных отделения реанимации и интенсивной терапии, а так же определены цель и задачи сестринского исследования.

Инфузионная терапия играет важную роль в современной медицине, поскольку ни одно серьёзное заболевание не обходится в своём лечении без проведения инфузионной терапии. Инфузии различных растворов решают широкий спектр задач при оказании помощи пациентам от локального введения лекарственных веществ до поддержания жизнедеятельности всего организма. Инфузионная терапия на сегодняшний день является самой распространённой среди медицинских услуг. В ОРИТ в год выполняется около 25-ти тысяч инфузий и количество их с каждым годом возрастает (рис. 1), что влечёт за собой увеличение нагрузки на медицинскую сестру. В отделении реанимации за сбор инфузионных систем и контроль над стабильностью⁴ инфузионных линий входит в обязанности медицинской сестры и занимает значительную часть её рабочего времени. Снижение трудозатрат на этот раздел деятельности позволит медицинской сестре уделить больше внимания на выполнение мероприятий по уходу за пациентом, тем самым, улучшив качество оказания медицинской помощи пациентам отделения.

³Внутрибольничные инфекции (также госпитальные, нозокомиальные) — согласно определению ВОЗ, любые клинически выраженные заболевания микробного происхождения, поражающие больного пациента в результате его госпитализации или посещения лечебного учреждения с целью лечения, а также больничной персонал в силу осуществления им деятельности, независимо от того, проявляются или не проявляются симптомы этого заболевания во время нахождения данных лиц в стационаре.

⁴Стабильность — способность системы функционировать, не изменяя собственную структуру, и находиться в равновесии. Неизменное функционирование системы в течение необходимого срока, в заданных условиях.

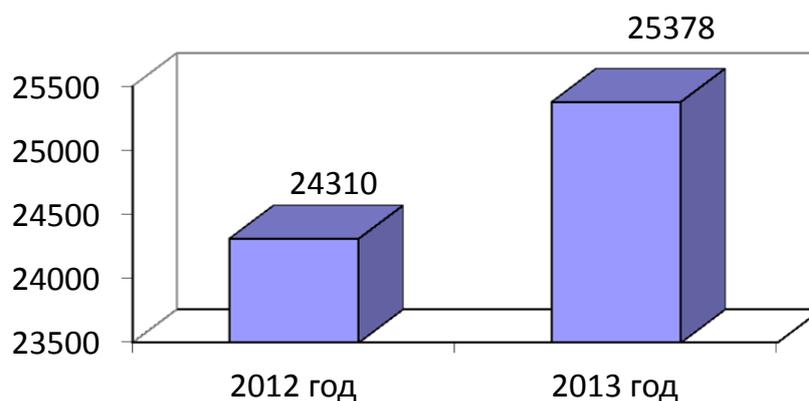


Рисунок 1 – Количество выполняемых инфузий в ОРИТ

Формулировка проблемы. Проведение инфузии традиционными системами требует от медицинской сестры значительных трудозатрат, а также возникают нарушения стабильности инфузионных линий при проведении инфузионной терапии традиционными инфузионными системами пациентам ОРИТ, что ухудшает качество оказания медицинских услуг и увеличивает количество койко-дней за счет возникновения осложнений.

Цель исследования - снизить трудозатраты медицинской сестры на выполнение инфузии, и улучшить безопасность и качество её выполнения.

Задачи исследования:

- 1) оценить стабильность традиционной и современной инфузионных систем;
- 2) проанализировать влияние квалификации медицинской сестры на качество сбора традиционной и современной инфузионных систем;
- 3) рассчитать трудозатраты медицинской сестры при использовании традиционной и современной инфузионных систем.

Практическая значимость - оптимизация работы медицинской сестры при проведении инфузионной терапии с помощью современных инфузионных систем позволит уменьшить её трудозатраты на проведение инфузии.

Дизайн исследования. Экспериментальное исследование. 30 пациентов – группа исследования; 30 пациентов – группа контроля.

Размер выборки – 8 % от всех поступивших в ОРИТ пациентов за семь месяцев (таблица 1).

Таблица 1 – Пациенты ОРИТ, участвующие в исследовании

№ п/п	Пациенты ОРИТ, участвующие в исследовании	Количество пациентов
1	Поступившие пациенты в ОРИТ за 7-мь месяцев (с 19.05.2013г. по 19.12.2013г.)	791
2	Исследуемая группа	30
3	Группа контроля	30

Критерии включения. В исследования включены 60-т поступивших в ОРИТ пациентов в сознании, независимо от пола в возрасте от 30-ти до 60-ти лет, которым проводилась инфузионная терапия через постоянный периферический или центральный венозный катетер и давшие добровольное информированное согласие на участие в исследовании.

Критерии выключения. В исследование не включены:

- пациенты в возрасте до 30 лет и старше 60 лет;
- пациенты, которым не проводилась инфузионная терапия;
- пациенты без катетеров в периферических или центральных венах;
- пациенты в психомоторном возбуждении;
- пациенты, не давшие информированного согласия на участие в исследовании.

Методы сбора данных: наблюдение (карты наблюдения (Приложение 3, 4), опросник (Приложение 2), изучение документальных источников (листы наблюдения за периферическим венозным катетером (Приложение 5), история болезни).

Краткая характеристика инфузионных систем:

1. Стандартная инфузионная система (далее традиционная) состоит из:

- устройства для прокалывания крышки с встроенным воздушным клапаном и воздушным фильтром;
- прозрачной камеры;
- длинной гибкой трубы с точным регулятором течения участка из латекса, позволяющего делать дополнительные инъекции во время вливания;
- внутренняя система стерильная и апиrogenная для одноразового использования.

2. Безопасная инфузионная система (далее современная) состоит из:

- универсального вентилируемого прокалывающего наконечника обеспечивающего легкое и надежное соединение инфузионной системы с флаконом;
- вентиляционного канала снабженного воздушным антибактериальным фильтром и защитной крышкой;
- прозрачной верхней части капельной камеры, улучшающей визуализацию капель и расчет скорости инфузии;
- эластичной нижней части капельной камеры, позволяющей осуществить заполнение капельницы одним нажатием;
- сверхточного роликового зажима с улучшенным контролем скорости инфузии, снабженным разъемом для утилизации прокалывающего наконечника;
- воздухонепроницаемой мембраны, которая не только удерживает твердые примеси, но и препятствует проникновению воздуха в инфузионную трубку при опорожнении инфузионного флакона, а так же поддерживает постоянный уровень жидкости;
- защитного колпачка со встроенной мембраной непроницаемой для бактерий, закрывающий герметичным винтовым соединением, предупреждает вытекание

- раствора и защищает от микробного загрязнения, а так же позволяет автоматически заполнять инфузионную систему;
- встроенного в капельную камеру фильтра гарантирующего высокую скорость потока и защиту от посторонних частиц;
 - мягкой, прозрачной ПВХ трубки, не содержащей опасных для здоровья элементов;
 - надежного герметичного винтового соединения предотвращающего случайное отсоединение инфузионной системы.

Стабильность инфузионных систем

Инфузионная терапия - высокоэффективный метод лечения, применяемый при широком круге заболеваний и патологических состояний. Однако, являясь достаточно агрессивным по своей сути вмешательством, она всегда сопряжена с возможностью развития побочных эффектов или осложнений.

Осложнения инфузионной терапии во многом обусловлены нарушением технологии изготовления инфузионных препаратов и несовершенством оборудования для инфузий. Очень важным представляется производство инфузионных препаратов в строгом соответствии со стандартами. Большое значение имеют расходные материалы для проведения кратковременной или длительной инфузионной терапии в условиях дозаторной техники, а так же мониторинга центрального венозного давления. Изделия должны быть выполнены из высококачественных нетоксичных материалов, удобны и безопасны в эксплуатации.

Для предупреждения инфузионных осложнений нельзя переоценить значение ошибок медицинского персонала.

Осложнения, возникающие при проведении инфузионной терапии, могут быть обусловлены множеством факторов. К ним, в частности, относятся:

1) нарушения техники при пункции или катетеризации сосуда — ранение прилегающих органов и анатомических образований; введение инфузионных растворов в паравазальную клетчатку с асептическим воспалением, некрозом тканей и нарушением норм, функций органов и систем; миграция фрагментов катетера по сосудам, перфорация ими миокарда с последующей тампонадой сердца;

2) нарушения техники инфузии — воздушная, жировая эмболия, тромбоз, флебит, флеботромбоз, тромбоз эмболия; сочетание несовместимых препаратов; неправильная последовательность введения инфузионных растворов;

3) нарушения скорости введения инфузионных препаратов — перегрузка сердца; гидратация (отёк лёгких, мозга); нарушение целостности эндотелия сосудов;

4) изменения кислотно-щелочного баланса, состава, температуры инфузионных сред и осмолярности плазмы крови;

5) аллергические реакции, анафилактический шок;

б) заражение инфекционными заболеваниями (сифилис, сывороточный гепатит, СПИД и др.);

7) переливание за короткий период (до 24 часов) донорской крови в количестве, превышающем 40-50% циркулирующей крови, — синдром массивной гемотрансфузии, проявляющийся патологическим перераспределением крови, повышенным гемолизом, грубыми нарушениями в системе микроциркуляции и гемостаза, снижением сократительной способности миокарда, развитием ДВС-синдрома⁵ и нарушением функции «органов-мишеней»: лёгких, почек, печени, чему способствуют гипоксия, гиперкалиемия, ацидоз.

После изучения публикаций различных авторов по изучаемой проблеме выяснилось, что наиболее вероятные и часто встречающиеся осложнения, угрожающие безопасности пациенту во время инфузии: внутрибольничная инфекция, воздушная эмболия и попадание посторонних частиц в инфузионный раствор. Чтобы выявить основные причины возникновения этих осложнений была разработана карта наблюдения (приложение 4) за пациентами отделения, которым проводилась инфузионная терапия традиционными и современными системами для вливания инфузионных растворов.

Из многолетнего опыта и наблюдений за проведением инфузионной терапии были выделены основные причины нарушения безопасности во время инфузии (загрязнение твёрдыми частицами лекарственного раствора при прокалывании резиновой пробки флакона; утечка лекарственного раствора из капельницы системы; отсоединение системы от катетера установленном в вене; возникновение дефектов заглушки и резиновой детали системы при прокалывании их иглой) и факторы, влияющие на их возникновения. Полученные данные наблюдений за безопасностью проведения инфузии у пациентов отделения фиксировались в картах наблюдения (приложение 4).

Выводы:

1. Загрязнение твёрдыми частицами лекарственного раствора (рис. 2) встречается чаще при прокалывании пробки флакона металлической иглой (88% случаев).

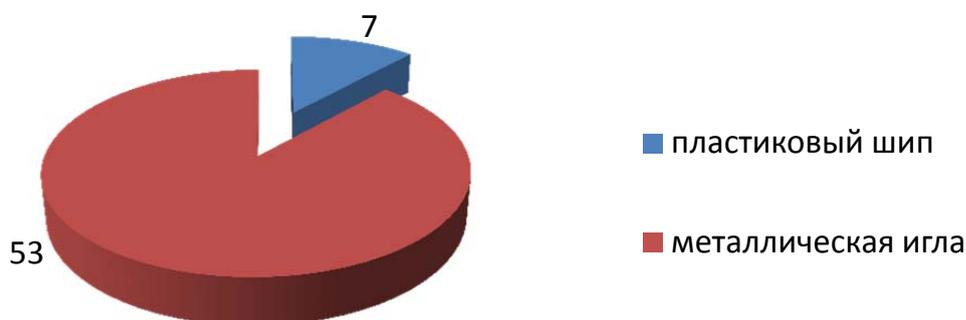


Рисунок 2 – Загрязнение твердыми частицами лекарственного раствора при прокалывании резиновой пробки

⁵ДВС-синдром (диссеминированное внутрисосудистое свёртывание, коагулопатия потребления, тромбогеморрагический синдром) — нарушенная свёртываемость крови по причине массивного освобождения из тканей тромбопластических веществ.

2. Утечка лекарственного раствора из капельницы инфузионной системы (рис. 3) встречается только при использовании традиционной системы для вливания инфузионных растворов (100% случаев).

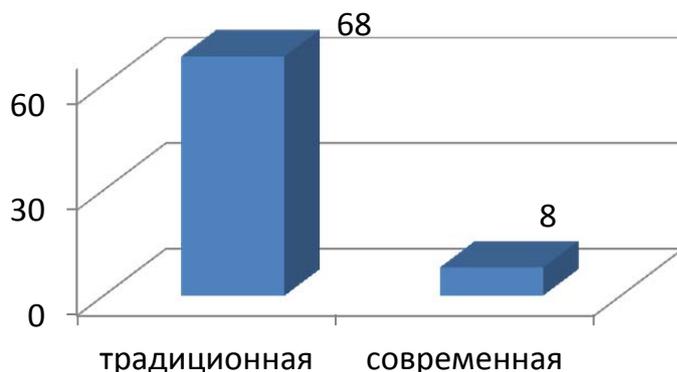


Рисунок 3 – Утечка лекарственного раствора из капельницы системы встречается чаще при использовании...

3. Инфузионная система отсоединялась от катетера, установленного в вену (рис. 4) только при использовании традиционной инфузионной системы, так как она не снабжена герметичным винтовым соединением (у 11 пациентов из 60). Причинами отсоединения инфузионной системы стали:

- повороты пациента в постели (6 случаев);
- осуществления мероприятий по уходу (3 случая);
- натяжение инфузионной системы (10 случаев).

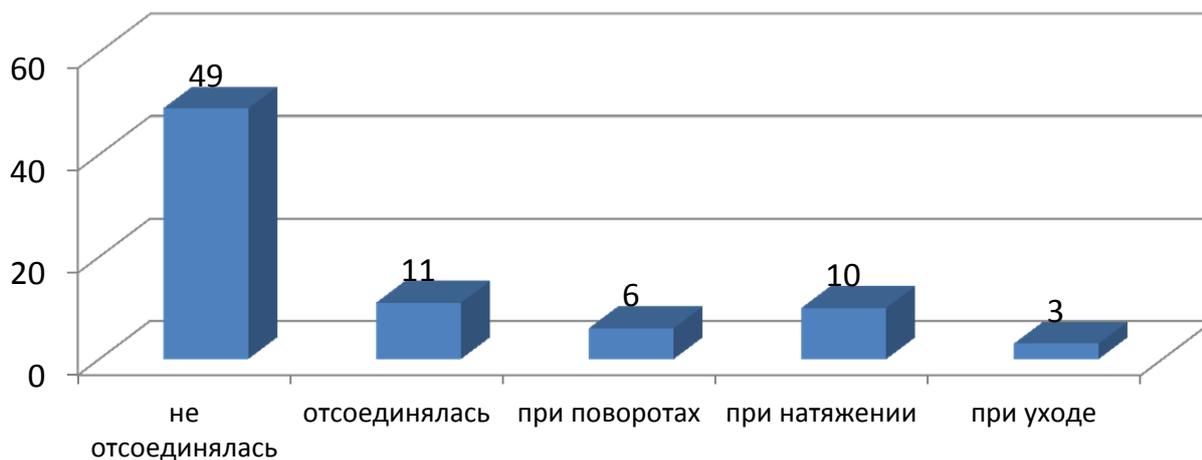


Рисунок 4 – Отсоединение системы от катетера возможно при...

4. Подтекание заглушки (традиционной) возникает (рис. 5) после проколов её иглой до 4-х раз в 98% случаев и до 7-ми - 2% случаев.

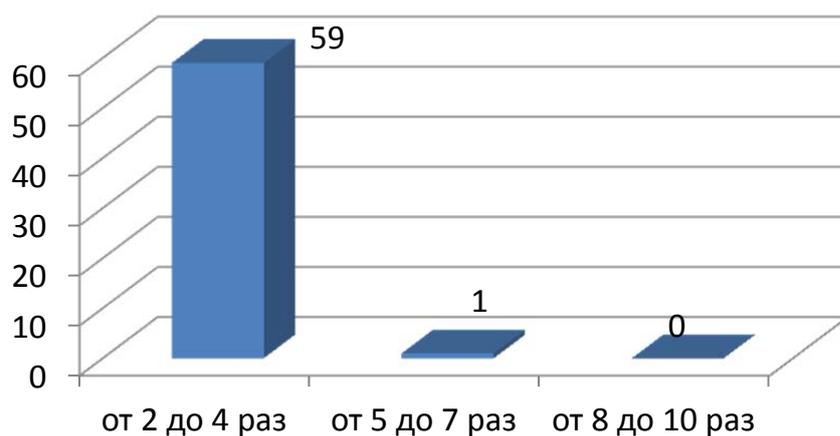


Рисунок 5 – Подтекание заглушки возникает при проколе иглой

5. Подтекание резинки на инфузионной системе возникает (рис. 6) при прокалывании её иглой до 10 раз в 13 случаев, до 16 раз в 35 случаев и до 22 раз в 12 случаях.

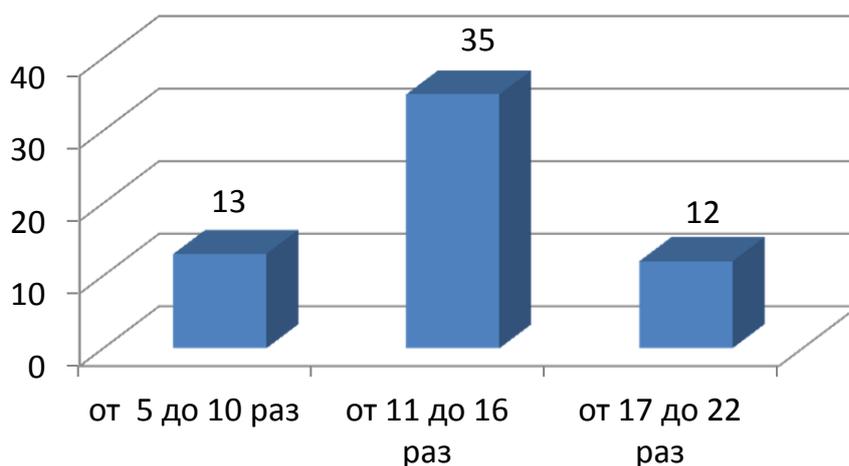


Рисунок 6 – Подтекание резинки системы возникает при прокалывании ее иглой...

Исходя из сделанных выше выводов, можно с уверенностью сказать, что современные инфузионные системы отвечают самым высоким требованиям безопасности. Они эффективно снижают риск возникновения осложнений инфузионной терапии, при этом обеспечивая максимальное удобство применения для медицинского персонала.

2.2. Влияние квалификации медицинской сестры на качество сбора инфузионных систем

Качественное и своевременное выполнение врачебных назначений – это успех в лечении пациента. Сегодня эффективно оказывать медицинскую помощь пациенту без длительной инфузионной терапии уже практически невозможно,

что под силу только квалифицированной медицинской сестре. На медицинскую сестру приходится трое и более реанимационных пациентов, загруженность медицинской сестры влияет на качество лечения, увеличивает риск возникновения осложнений и длительность госпитализации пациентов.

Для того чтобы проанализировать кадровый состав отделения реанимации был проведён кадровый анализ сестринского медицинского персонала отделения (Приложение 2).

Выводы:

1. Имеют квалификационную категорию по специальности «Сестринское дело» (Рис. 7) 37% медицинских сестёр (8 человек). Из них вторую и высшую квалификационную категорию имеют по 14% медицинских сестёр (по 3 человека), первую – 9% медицинских сестёр (2 человека). Не имеют квалификационной категории 63% медицинских сестёр (14 человек), из них 7 человек являются студентами ОГМА и не имеют специального образования по «Сестринскому делу».

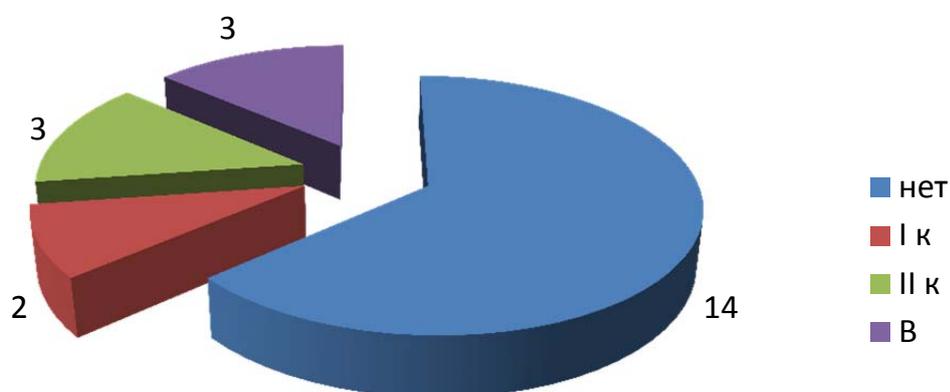


Рисунок 7 – Наличие квалификационной категории

2. Медицинские сёстры со стажем работы (Рис. 8) до 3-х лет составляют 59% (13 человек), до 8 лет - 9% (2 человека) и более 8 лет - 32% (7 человек).

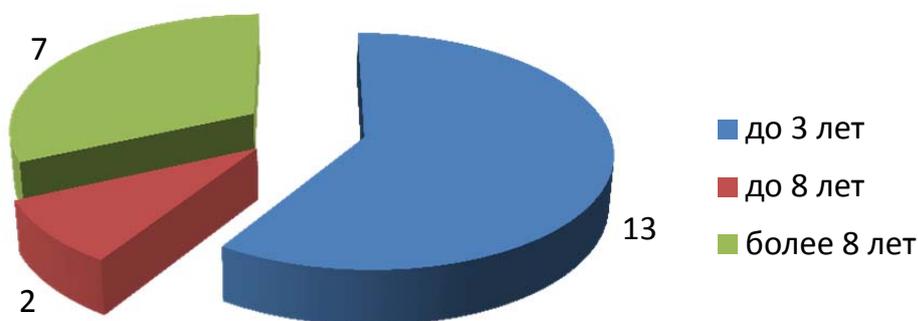


Рисунок 8 – Стаж работы

3. 68% медицинских сестёр имеют образование по специальности «Сестринское дело» (Рис. 9) и 32% медицинских сестёр являются студентами 5 и 6 курса ОГМА.

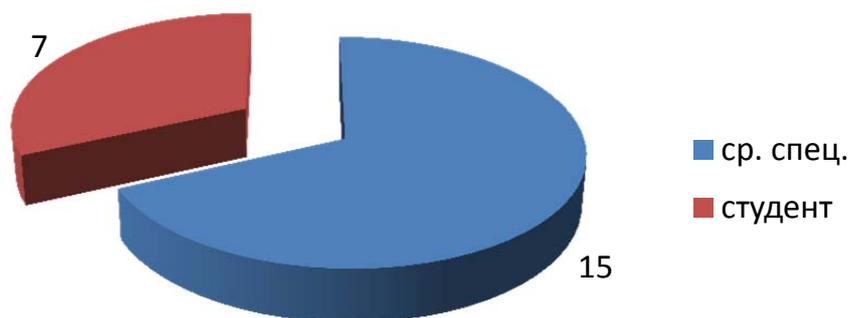


Рисунок 9 – Образование

4. Анализируя результаты трудозатрат на проведение инфузии сестринского персонала отделения (Рис. 10), обеспечивающего выполнение медицинской услуги пациентам отделения, обнаружено, что осуществляли более качественно и быстрее инфузию дипломированные медицинские сестры, имеющие квалификационную категорию, чем молодые специалисты и студенты ОГМА не имеющих специального образования по сестринскому делу.

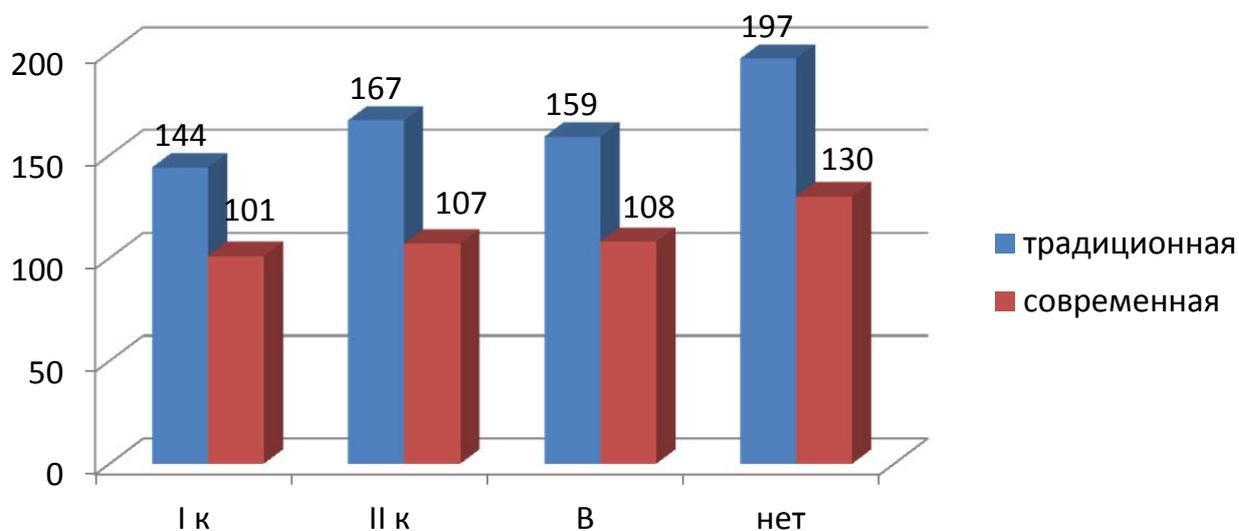


Рисунок 10 – Измерения трудозатрат на инфузию в зависимости от квалификационной категории

Учитывая индивидуальные особенности медицинских сестёр отделения (стаж работы, образование, наличие квалификационной категории) выявились проблемы, такие как недостаток практических навыков, боязнь брать на себя ответственность, а иногда не желание менять стереотипы и устаревшие методики, при отсутствии профессиональных амбиций, то есть нежелание повышать свой профессиональный уровень, это связано с тем, что в отделении реанимации дефицит квалифицированных медицинских сестёр.

В нашей медицинской организации за сутки проводится около 800-т инфузий. Лечение пациента начинается с первых же минут поступления в стационар. Однако нельзя не учесть, что интенсивность работы и дефицит квалифицированных медицинских сестёр неизбежно влечёт за собой вероятность возникновения погрешностей во время проведения инфузии. В ситуации, когда персонал не обучен, когда медицинские сёстры не владеют методикой проведения инфузии, боятся выполнять процедуру, и не хотят повышать свой профессиональный уровень, мы можем получить лишь негативный результат.

Параллельно с проводимыми наблюдениями за техникой инфузионной терапии пациентам отделения был проведён опрос среди медицинских сестёр отделения реанимации для выявления наиболее безопасного и приоритетного средства проведения инфузионной терапии. Результаты опроса фиксировались в специально разработанном опроснике (Приложение 2).

Результаты опроса медицинских сестёр отделения реанимации таковы:

1) для работы удобнее флаконы с раствором для инфузии из пластика (считают 18 из 22 медицинских сестёр) (Рис. 11), так как пластиковые флаконы удобны в эксплуатации (занимают мало места, имеет два стерильных порта, прост для утилизации, не травмоопасен);

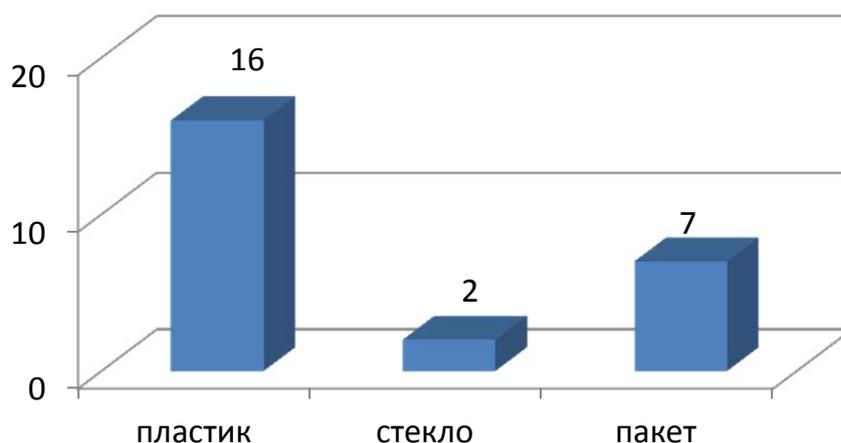


Рисунок 11 – Из какого материала флакон удобнее для работы?

2) медицинские сёстры отделения реанимации предпочитают использовать для инфузии современные системы для вливания инфузионных растворов (17 из 22 медицинских сестёр) (рис. 12), так как они просты в эксплуатации и безопасны для пациента;

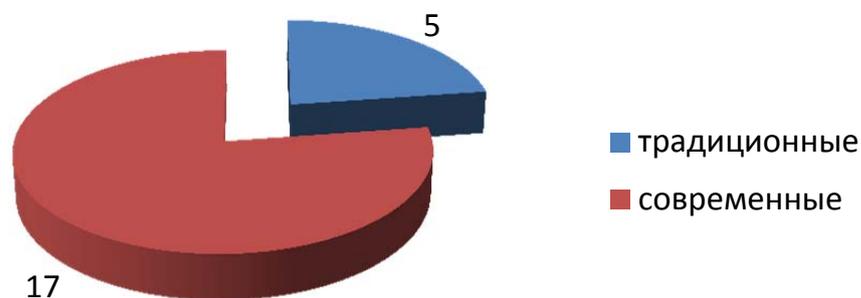


Рисунок 12 – Какие инфузионные системы предпочтительнее для использования?

3) при необходимости одновременно подсоединить к центральному или периферическому венозному катетеру две и более инфузионных систем, по мнению медицинских сестёр ОРИТ предпочтительнее использовать инфузионные краны и разветвительные линии (20 из 22 медицинских сестёр) (Рис. 13), так как они надёжно фиксируются между собой, что способствует профилактики инфекционных осложнений.



Рисунок 13 – При необходимости подсоединить 2 и более системы к катетеру предпочтительнее использовать

4) наиболее безопасно для пациента использование самоклеющейся фиксирующей повязки для установленного в вену катетера (18 из 22 медицинских сестёр) (Рис. 14), так как она наиболее прочно фиксирует катетер, сохраняет стерильность в течение 24 часов, гипоаллергенна и герметична, что позволяет профилак-

тировать миграцию катетера и инфицирования места постановки венозного катетера;

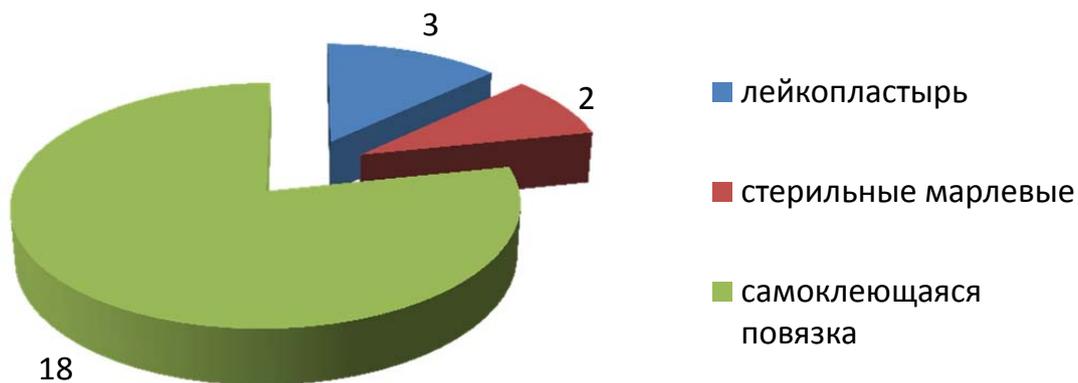


Рисунок 14 – Какая фиксация катетера безопаснее для пациента

5) фиксирующее устройство между инфузионной системой и катетером установленном в вене безопаснее герметичное винтовое (19 из 22 медицинских сестёр) (рис. 15), что позволяет профилактировать отсоединения системы для инфузии от катетера, установленного в вене;

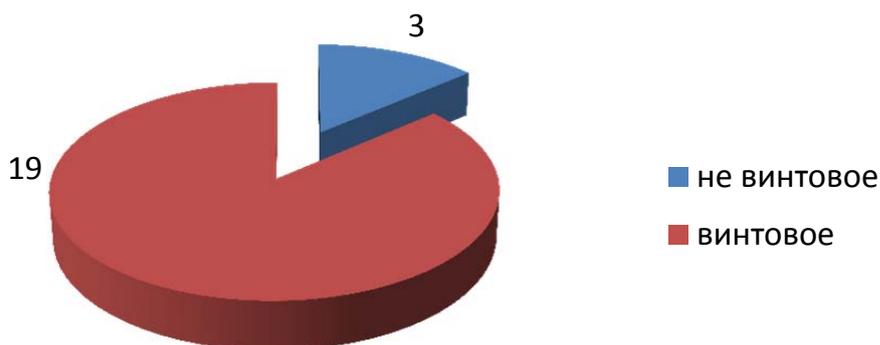


Рисунок 15 – Какое фиксирующее устройство между катетером и инфузионной системой предпочтительнее

6) безопасными и более функциональными считаются (по мнению медицинских сестёр ОРИТ) инфузионный коннектор для безыгольного соединения и заглушка с инъекционной мембраной (19 из 22 медицинских сестёр) для установленного катетера в вене и лишь 3-е медицинских сестёр предпочли традиционную заглушку (рис. 16).

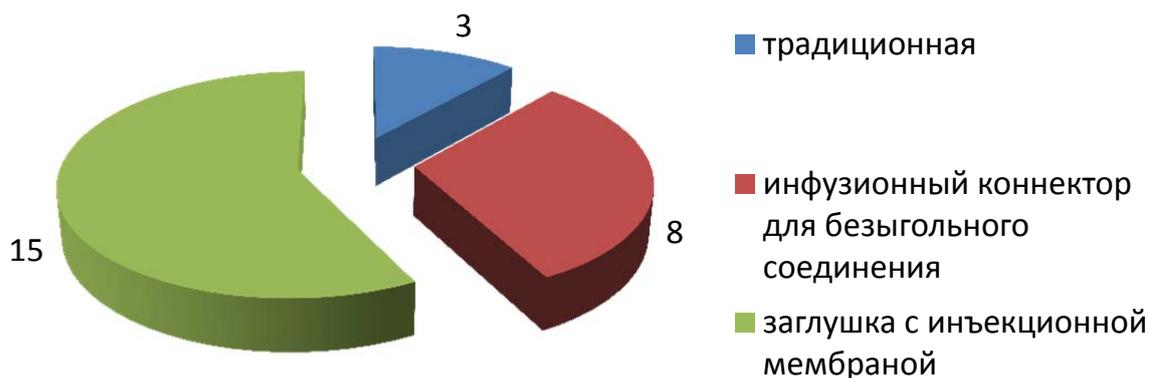


Рисунок 16 – Какая заглушка для катетера безопаснее?

Сокращение трудозатрат медицинской сестры при использовании современных инфузионных систем

Одной из актуальных проблем современной медицины является повышение эффективности труда медицинских работников. Научная организация труда медицинской сестры способствует повышению точности выполнения плановых и экстренных назначений, максимальному высвобождению времени для лечения и ухода за пациентами за счет широкого внедрения изобретений и рационализаторских предложений, средств «малой механизации», а также других усовершенствований, облегчающих труд медицинской сестры. Для того чтобы усовершенствовать выполнение медицинской сестрой медицинской услуги «Заполнение системы для вливания инфузионных растворов», путём внедрения в работу современных систем для вливания инфузионных растворов, в отделении реанимации медицинские сестры палатные выполнили измерения затрат рабочего времени на выполнение одной инфузии традиционной и современной системой для вливания инфузионных растворов. Для облегчения выполнения медицинскими сестрами функциональных обязанностей и освобождения их от трудоёмких и нерациональных элементов труда.

Для того чтобы измерения затрат на выполнения инфузии были результативными, необходимо было ознакомить сестринский медицинский персонал с технологией выполнения медицинской услуги «Заполнение системы для вливания инфузионных растворов». Изучив различные источники литературы, обнаружилось, что отсутствуют единые требования для проведения инфузионной терапии. На основании требований санитарно-эпидемиологических правил, рекомендаций различных публикаций была разработана технология выполнения медицинской услуги «Заполнение системы для вливания инфузионных растворов» (Приложение 1).

Для проведения хронометража у сестринского медицинского персонала при выполнении инфузии были выделены две наиболее квалифицированные медицинские сестры (Т.Г. Степаненко и Ю.А. Лисичникова). Чтобы систематизировать результаты измерений (хронометража⁶) использовалась хронологическая карта Гастева. Измерение рабочего времени фиксировалось в карте наблюдения разработанной на основе хронологической карты Гастева (Приложение 3).

Вывод. Среднее время, затраченное медицинскими сестрами отделения на выполнение инфузии (Рис. 17): традиционной системой для вливания инфузионных растворов составляет 2,8 мин. (166 сек.), а современной системы – 1,9 мин. (112 сек.). Из чего следует, что при использовании современных систем для вливания растворов для инфузии экономится 54 секунды рабочего времени с каждой проведённой инфузии. А если учесть, что в сутки в реанимации выполняется свыше 70-ти инфузий, экономия рабочего времени составляет 63 мин. (1 час 05 мин.). БУЗОО «ГК БСМП №1» в месяц выполняется свыше 25-ти тысяч инфузий, в год свыше 300-т тысяч, в сутки свыше 800-т инфузий, то экономия рабочего времени составляет 720 минут или 12 часов, что значительно облегчает труд медицинской сестры.

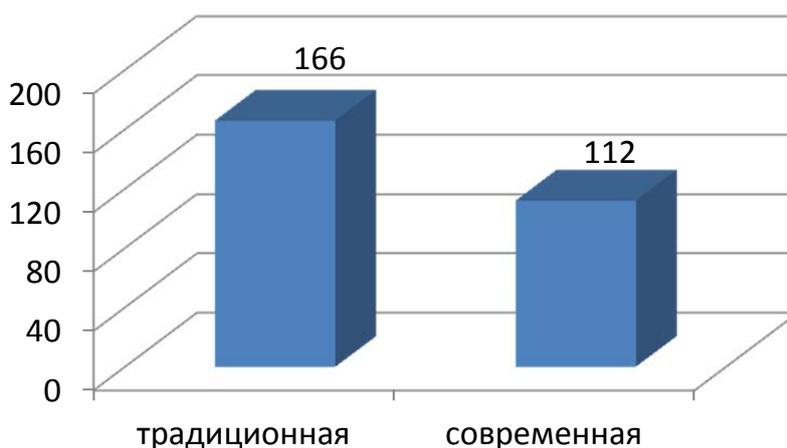


Рисунок 17 – Среднее время, затраченное на инфузию

Внедрение современных сестринских технологий в практическом здравоохранении происходит не так быстро из-за больших материальных, временных, финансовых и трудовых затрат. Рассмотрим применение нововведений в работе медицинской сестры палатной отделения реанимации и интенсивной терапии БУЗОО «ГК БСМП №1». Известно, что на медицинскую сестру, особенно отделения реанимации и интенсивной терапии, ложится колоссальная физическая нагрузка.

⁶Хронометраж — метод изучения затрат времени с помощью фиксации и замеров продолжительности выполняемых действий.

Это является причиной увеличения профессиональных заболеваний. Благодаря оснащению ОРИТ современными средствами ухода за пациентами и высокотехнологичным оборудованием значительно облегчится труд медицинской сестры, тем самым сделает его более привлекательным для молодых специалистов. Внедрение в практическую деятельность медицинской сестры современных систем для вливания инфузионных растворов избавляет медицинскую сестру от многократных замен традиционных инфузионных систем из-за нарушения герметичности инфузионной линии, постоянного сливания лекарственного раствора, порой дорогостоящего из-за утечки его из капельницы.

Нельзя забывать и об профилактике таких серьёзных осложнений как воздушная эмболия и инфицирования связанного с проведением инфузии. Эти серьёзные осложнения могут значительно ухудшить состояние пациента и привести к дополнительным финансовым расходам медицинской организации учитывая, что стоимость 1-го койко-дня в отделении реанимации составляет в среднем 3-ри тысячи рублей. Даже кратковременные, не тяжёлые случаи возникновения этих осложнений требуют дополнительных исследований и проведение интенсивной терапии в отделениях реанимации от 3-х и более дней, в тяжёлых случаях возможен и летальный исход.

Необходимо также учитывать и экономическую составляющую. Средняя оптовая цена традиционной системы для вливания инфузионных растворов составляет около 11 рублей, а цена современной системы для вливания инфузионных растворов - около 20 рублей. Конечно разница в 9 рублей это значительные расходы, для бюджета больницы учитывая, что в год больница закупает в среднем 200 тысяч систем для проведения инфузии. Но необходимо также сделать акцент на том, что традиционную систему можно использовать (при соблюдении технологий) в течение 24 часов, а современную систему в течение 72 часов. Из чего можно следует, что при использовании современных систем для проведения инфузии экономически более привлекательно.

Вывод. Из выше изложенного можно сделать вывод, что применение современных технологий в практической деятельности помогает значительно повысить качество оказания сестринских услуг и облегчает труд медицинской сестры, сохраняя время и, главное, здоровье сестринского медицинского персонала, работающего с тяжелобольными пациентами.

Результаты исследования:

1. Современные инфузионные системы отвечают самым высоким требованиям безопасности и обеспечивают максимальное удобство при эксплуатации, а их использование профилактирует риск развития серьёзных угрожающих жизни пациента осложнений.

2. Исследование показало, что для качественного выполнения инфузии необходимо постоянное обучение сестринского медицинского персонала не зависимо от образования и квалификации.

3. Благодаря оснащению отделения современными средствами ухода за пациентами и высокотехнологичным оборудованием значительно облегчается труд медицинской сестры, тем самым делает его более привлекательным для молодых специалистов.

Важнейшей задачей сестринского дела является достижение наивысшей эффективности и качества сестринской помощи населению. Для реализации этой сложной задачи, повышения профессионального и социального статуса сестринского дела необходимо создание базы научных знаний, составляющих основу профессиональной сестринской практики.

Преобразования в сестринском деле не могут осуществляться без анализа современного состояния сестринской помощи, четкого определения сильных и слабых сторон деятельности медицинских сестёр разных специальностей, работающих во всех медицинских организациях с различными категориями пациентов. Для повышения престижа сестринской профессии в Российской Федерации помимо законодательных и образовательных мероприятий требуется постоянное развитие базы научно обоснованных знаний, составляющих основу практической деятельности.

Современные достижения медицинской науки и техники значительно расширили возможности эффективного лечения пациентов, состояние которых ранее считалось безнадежным. Борьба за жизнь таких пациентов становится возможной при условии интенсивного проведения лечебных мероприятий, включающих применение разнообразной аппаратуры и сложных реанимационных приемов.

Список используемой литературы

1. Ремизов И.В. Основы реаниматологии для медицинских сестёр. – Ростов - на-Дону : «Феникс». - 2008. – 255с.
2. Организация деятельности медицинской сестры палатной // Методические рекомендации. / Сост. Т.А. Зорина, Т.Ф. Моисеева, С.А. Золотарёва, Е.А. Гаврик. – Омск. – 2011.- 457 с.
3. Сборник технологий и стандартов по организации и выполнению работ медицинскими сёстрами перевязочного кабинета. / Под ред. Л.Ю. Семченко. – Омск. – 2002. – 392 с.
4. Организационные, диагностические и лечебные проблемы неотложных состояний. / Под ред. А.С. Ермолаева, С.И. Возлюбленного, В.В. Семченко и С.И. Филлипова. – Москва – Омск: Омская областная типография, 2000. – Т. 2. – 505 с.
5. А.Я. Гриненко Справочник для медицинских сестёр реанимационных отделений. – Санкт-Петербург: ООО «ИПК «Синтез-Полиграф», 2004. – 520 с.
6. Клинические и фундаментальные аспекты критических состояний // Материалы научно-практической конференции, посвящённой 15-летию Городской

- клинической больницы скорой медицинской помощи № 1. / Сост. Р.А. Арестович, Е.В. Вахрамеева, В.Т. Долгих, Н.А. Кондратьева. – Омск. – 2005. – 446 с.
7. Методические рекомендации по обеспечению и поддержанию периферического венозного доступа: руководство для медицинских сестёр / Общероссийская общественная организация «Ассоциация медицинских сестёр России». – Санкт-Петербург : ООО «Береста», 2012. – 20 с.
 8. Вестник Ассоциации медицинских сестёр России // Катетеризация периферических вен. – Москва. – 2012. - № 1/5. – С. 19-20.
 9. Вестник Ассоциации медицинских сестёр России // Критическая оценка научных исследований в сестринском деле: качественные исследования. – Москва. – 2012. - № 5/9. – С. 12-30.
 10. Технологии выполнения простых медицинских услуг / МЗ и СР РФ, Общероссийская общественная организация «Ассоциация медицинских сестёр России». – Москва, 2009. – 320 с.
 11. Сестринское дело // Уход за катетером при катетеризации периферических вен. – Москва. – 2012.- № 3. – С. 23-26.
 12. Сестринское дело//Как качество сестринской службы влияет на качество и результат медицинской помощи. – Москва. – 2013.- № 2. – С. 4-6.
 13. Сестринское дело // Повышение квалификации медсестёр при внедрении современных технологий инфузионной терапии. – Москва. – 2011.- № 8. – С. 39-42.
 14. В помощь практикующей медицинской сестре // Венепункция. Практическое руководство по взятию крови на исследование. – Москва. – 2012. - № 3 (33).

Приложение 1

Технология выполнения медицинской услуги Заполнение системы для вливания инфузионных растворов

Код технологии	Название технологии
Заполнение системы для вливания инфузионных растворов	
1.	Требования к специалистам и вспомогательному персоналу, включая требования
1.1	Перечень специальностей/кто участвует в выполнении услуги Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании среднего профессионального медицинского образовательного учреждения по специальностям: 060101 Лечебное дело 060102 Акушерское дело 060109 Сестринское дело

1.2	Дополнительные или специальные требования к специалистам и вспомогательному персоналу	Отсутствуют
2.	Требования к обеспечению безопасности труда медицинского персонала	
2.1	Требования по безопасности труда при выполнении услуги	До и после выполнения процедуры необходимо вымыть руки мылом с антибактериальным эффектом или обработать их кожным антисептиком; Необходимо применение перчаток.
3.	Условия выполнения простой медицинской услуги	Амбулаторно-поликлинические Стационарные В условиях автомобиля «скорой медицинской помощи»
4.	Функциональное назначение простой медицинской услуги	Лечебное
5.	Материальные ресурсы	
5.1	Приборы, инструменты, изделия медицинского назначения	Столик манипуляционный - 1шт. Стойка для инфузий – 1 шт. Лоток для отходов класса «А» - 1шт. Лоток для отходов класса «Б» - 1 шт. Ножницы – 1 шт.
5.2	Реактивы	Отсутствуют
5.3	Иммунобиологические препараты и реагенты	Отсутствуют
5.4	Продукты крови	Отсутствуют
5.5	Лекарственные средства	Раствор гепарина 5 мл – 1 фл. Натрия хлорид 0,9% - 500 мл – 1 фл. Натрия хлорид 0,9% - 200 мл – 1 фл. Спирт этиловый 70% - 5 мл Антисептический раствор для обработки рук
5.6	Прочий расходный материал	Инфузионная система – 1 шт. Шприц на 10 мл – 2 шт. Стерильные марлевые тампоны – 2 шт. Стерильные марлевые салфетки – 2 шт. Полоски пластыря – 2-4 шт. Ватные шарики – 5 шт. Смотровые перчатки – 1-2 пары. Стерильные перчатки – 1-2 пары. Маска – 1 шт. Мыло с антибактериальным эффектом Лейкопластырь

6.

**Характеристика выполнения медицинской услуги
заполнение системы для инфузионных растворов**

I. Подготовка к процедуре.

1. Убедиться в наличии у пациента информированного согласия на предстоящую процедуру. В случае отсутствия такового, уточнить дальнейшие действия у врача.
2. Вымыть и осушить руки одноразовым полотенцем (с использованием мыла с антибактериальным эффектом).
3. Надеть маску.
4. Подготовить все необходимое для выполнения процедуры и разместить на манипуляционном столике.
5. Объяснить пациенту цель проведения процедуры, уточнить аллергический анамнез, предложить пациенту занять или помочь ему занять удобное положение (лёжа на спине).
6. Освободить от одежды место для венепункции или с установленным периферическим (центральный) венозным катетером.
7. Обработать руки кожным антисептиком и надеть нестерильные перчатки.

II. Выполнение процедуры.

1. Подготовьте флакон с раствором для инфузии:
 - прочитайте надпись на флаконе: название, срок годности. Убедиться в его пригодности (цвет, прозрачность, осадок);
 - при использовании стеклянного флакона с металлической крышкой вскройте нестерильным пинцетом центральную часть металлической крышки флакона, притрите острые края крышки флакона при помощи кольца бранши зажима или ножниц сделав несколько вращательных движений (для профилактики порезов об острые края металлической крышки), обработайте резиновую пробку флакона стерильным ватным шариком или салфеткой, смоченной антисептическим раствором и дайте ему высохнуть;
 - при использовании полиэтиленового флакона снимите защитную фольгу с одного стерильного порта флакона;
2. Проверьте герметичность упаковки и срок годности системы для вливания инфузионных растворов.
3. Вскройте упаковочный пакет и извлеките систему для вливания инфузионных растворов (все действия производятся на рабочем столе).
4. Снимите колпачок с иглы воздуховода (короткая игла с короткой трубкой, закрытая фильтром), введите иглу до упора в пробку флакона, свободный конец воздуховода закрепить на флаконе (пластырем, аптечной резинкой).
5. В некоторых системах для вливания инфузионных растворов отверстие воздуховода находится непосредственно над капельницей. В этом случае нужно только открыть заглушку, закрывающую это отверстие (при использовании полиэтиленовых флаконов можно этого не делать, так как они самоспадающиеся).
6. Закройте винтовой зажим, снимите колпачок с иглы на коротком конце системы, введите эту иглу до упора в пробку флакона.
7. Переверните флакон и закрепите его на штативе.

8. Поверните капельницу в горизонтальное положение, откройте винтовой зажим: медленно заполните капельницу до половины объёма. Если устройство снабжено мягкой капельницей, и она соединена жёстко с иглой флакона, одновременно с двух сторон сдавите её пальцами и жидкость заполнит капельницу.
9. Закройте винтовой зажим и верните капельницу в исходное положение, при этом фильтр должен быть полностью погружен в лекарственный препарат, предназначенный для вливания.
10. Откройте винтовой зажим и медленно заполните длинную трубку системы до полного вытеснения воздуха и появления капель из иглы для инъекций. Можно заполнять систему, не надевая иглу для инъекций, в этом случае капли должны показаться из соединительной канюли.
11. Убедитесь в отсутствии пузырьков воздуха в длинной трубке устройства (устройство заполнено).
12. Подсоедините систему к периферическому или центральному венозному катетеру. Если у пациента установлен центральный венозный катетер, который снабжён 3-х ходовым краном или зажимом, то перекройте катетер при помощи зажима, снимите заглушку и поместите её в отходы класса «Б» и подсоедините шприц с физиологическим раствором натрия хлорида, затем откройте зажим и потяните поршень шприца на себя до получения крови и введите содержимое шприца в катетер. Затем перекройте катетер зажимом и подсоедините систему для вливания инфузионных растворов и откройте зажим. Если у пациента установлен центральный венозный катетер без зажима и крана, то в момент подсоединения к катетеру шприца и системы попросите пациента задержать дыхание (если пациент на искусственной вентиляции легких или не может задержать дыхание, то необходимо подсоединить шприц и систему к катетеру установленному в центральной вене (кроме бедренной) во время выдоха пациентом воздуха). При помощи роликового зажима отрегулируйте скорость инфузии (по назначению врача).

III. Завершение процедуры.

13. После окончания инфузии отсоединить систему от катетера. На катетер установите стерильную пробку (заглушку), затем обработайте её двукратно раствором антисептика, после его высыхания введите раствор гепарина (0,2 мл гепарина развести до 10 мл физиологическим раствором натрия хлорида) в латексную вставку пробки.
14. Закройте катетер стерильной салфеткой, зафиксируйте её.
15. Систему после окончания инфузии утилизируйте в ёмкость для отходов класса «Б» поместив прокалывающий наконечник капельницы в специальный разъем роликового зажима (если специальный разъем в роликовом зажиме не предусмотрен изготовителем отрежьте ножницами капельницу с встроенным прокалывающим наконечником (иглу для прокалывания пробки флакона).
16. Снять перчатки, поместить их в емкость для отходов класса «Б».
17. Вымыть и осушить руки (используя мыло с антибактериальным эффектом или кожного антисептика).
18. Сделать отметку в медицинскую документацию о результатах выполнения медицинской услуги.

7.	Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики	<p>При проведении инфузии с катетером, находящимся в периферической вене, пациент может сидеть или лежать на спине, рука, в вене которой находится катетер, расположена вдоль туловища: если катетер расположен в вене предплечья – ладонью вверх, если в венах кисти - ладонью вниз.</p> <p>При оказании процедуры, с катетером находящимся в бедренной вене, ножной конец кровати опущен на 25⁰. Снятие заглушки не связано с фазой дыхания.</p> <p>Инфузию одной системой можно проводить от 24 до 72 часов (в зависимости от рекомендаций производителя).</p>
8.	Достижимые результаты и их оценка	<p>Назначенное врачом лекарственное средство введено в вену с помощью системы для вливания инфузионных растворов.</p> <p>Пациенту введен необходимый объем раствора для инфузии в вену с помощью системы для вливания инфузионных растворов (капельно) согласно назначению врача.</p> <p>Достигнут терапевтический эффект при отсутствии осложнений.</p> <p>Простая медицинская услуга проведена с минимальным дискомфортом для пациента.</p>
9.	Форма информированного согласия пациента при выполнении методики и дополнительная информация для пациентов и членов его семьи	<p>Пациент должен быть информирован о предстоящей процедуре. Информация о назначенной процедуре, сообщаемая ему врачом, или медицинской сестрой, или фельдшером, или акушеркой, включает сведения о цели назначенного лечения.</p> <p>Письменного подтверждения согласия пациента или его родственников (доверенных лиц) на выполнение процедуры не требуется, так как данное действие не является потенциально опасным для жизни и здоровья пациента.</p>
10.	Параметры оценки и контроля качества выполнения методики	Отсутствует
11.	Графическое, схематические и табличное представление технологий выполнения простой медицинской услуги	Отсутствует
12.	Формулы, расчеты, номограммы, бланки и другая документация (при необходимости)	Отсутствует

ОПРОСНИК № _____

Ф.И.О. медицинской сестры _____

Возраст _____ Пол _____

Образование _____

Стаж работы _____

Квалификационная категория _____

1. Из какого материала флакон удобнее для работы?

- пластик
- стекло
- пакет

2. Какие инфузионные системы предпочтительные для использования?

- традиционные
- современные

3. Какое фиксирующее устройство между инфузионной системой и постоянным центральным или периферическим катетером предпочтительнее?

- герметичное винтовое соединение
- традиционное не винтовое соединение

4. Какая фиксация периферического и центрального венозного катетера безопаснее для пациента?

- лейкопластырь
- стерильные марлевые
- самоклеющаяся повязка

5. Какая заглушка для центрального или периферического венозного катетера безопаснее?

- традиционная
- инфузионный коннектор для без игольного соединения
- заглушка с инъекционной мембраной

6. При необходимости одновременно подсоединить к центральному или периферическому венозному катетеру две и более инфузионных систем предпочтительнее использовать?

- инфузионные краны + разветвительные линии
- подсоединение к центральной инфузионной системе при помощи иглы

Специалист по сбору данных

(Ф.И.О., должность)

КАРТА НАБЛЮДЕНИЯ № _____

Ф.И.О. медицинской сестры _____

Возраст _____ Пол _____

Образование _____

Стаж работы _____

Квалификационная категория _____

Хронометраж

№ п/п	Наименование процедуры	Количество измерений/ Результат измерений						Средний результат
		1	2	3	4	5	6	
1	Подготовка флакона к инфузии							
2	Сбор ифузионной системы							
3	Подключение ифузионной системы к постоянному периферическому или центральному венозному катетеру							
4	Утилизация ифузионной системы после окончания инфузии							

Примечание

Специалист по сбору данных

КАРТА НАБЛЮДЕНИЯ № _____

Ф.И.О. пациента _____

Возраст _____

Пол _____

Номер истории болезни _____

Отделени _____

Дата начала наблюдения _____

Дата окончание наблюдения _____

Количество койко-дней в ОРИТ _____

Безопасность инфузионной терапии:

1. Загрязнение твёрдыми частицами лекарственного раствора встречается при прокалывании пробки флакона...

- металлическая игла
- пластиковый шип

2. Утечка лекарственного раствора из капельницы инфузионной системы встречается часто при использовании...

- традиционной инфузионной системы
- современной инфузионной системы

3. Отсоединение инфузионной системы от постоянного периферического или центрального венозного катетера возможно при...

- поворотах пациента
- натяжении инфузионной системы
- осуществлении мероприятий по уходу
- не отсоединяется

4. Подтекание заглушки возникает после проколов иглой...

- от 2 до 4 раз
- от 5 до 7 раз
- от 8 до 10 раз

5. Подтекание резинки на инфузионной системе возникает при прокалывании её иглой...

- от 5 до 10 раз
- от 11 до 16 раз
- от 17 до 22 раз

Специалист по сбору данных

Лист наблюдения за периферическим венозным катетером

Ф.И.О. пациента _____
 Номер истории болезни _____ Отделение _____ Палата _____
 Номер катетера (нужный обвести) 10 12 14 16 17 18 20 22 24 26
 Место установки катетера (нужное подчеркнуть): вены кисти, вены предплечья,
 вены в области локтевого сгиба, вены плеча, вены нижних конечностей
 _____ Дата установки _____ Время установки _____
 Где установили _____ Кто установил _____
 Дата удаления _____ Время удаления _____
 Где удалили _____ Кто удалил _____
 Причина удаления (нужное подчеркнуть): окончание инфузионной терапии, раз-
 витие осложнений (указать) _____

Дата					
Процедура					
Оценка места венепункции по Шкале флебитов (отметить)	0	0	0	0	0
	1	1	1	1	1
	2	2	2	2	2
	3	3	3	3	3
	4	4	4	4	4
Промывание (указать время)					
Замена повязки (отметить)	да	да	да	да	да
	нет	нет	нет	нет	нет
Комментарии					
Ф.И.О. медицин- ской сестры и подпись					

Снижение риска возникновения пролежней у тяжелобольных пациентов с помощью сестринских вмешательств

Ященко М.А.,
медицинская сестра-исследователь,
старшая медицинская сестра
колопроктологического отделения
БУЗОО «ОКБ»

Научный руководитель: Ларькин В.И.,
заведующий кафедрой неврологии и
нейрохирургии ОмГМУ, д.м.н.

Актуальность темы. Пролежень — некроз мягких тканей, возникающий вследствие ишемии, вызванной продолжительным непрерывным механическим давлением [3].

По статистическим данным Всемирной организации здравоохранения частота возникновения пролежней составляет 43:100 000 госпитализированных: у 33% пациентов отделений интенсивной терапии, у 60% с нейродвигательными нарушениями; находящихся дома — от 2,6 до 24%. Возрастной ценз падает преимущественно на преклонный возраст (60-70% пациентов) [4]. Проблема инвалидизации не обошла и Омскую область. В структуре общей смертности населения Омской области по причинам продолжает лидировать смертность от сосудистой патологии. Ее доля в 2012 году составила 56%.

Одним из приоритетных направлений здравоохранения в Омской области - уменьшение смертности и улучшение качества жизни пациентов в болезни.

По статистике: Среди пациентов, которые выжили после инсульта, примерно половина стойко утрачивает трудоспособность, поэтому инсульт является основной причиной долговременной физической, психической, социальной и трудовой инвалидности. К труду возвращается около 17% заболевших лиц.

После введения отраслевого стандарта «Протокол ведения больных. Пролежни» в 2002 году в практическую медицину, в России не было проведено достаточное количество исследований и нет статистических данных по проблемам ухода. И проблема пролежней до сих пор остается актуальной.

Пролежни. Классификация. Клиника. Лечение и профилактика

Причины образования пролежней. Среди факторов риска возникновения пролежней выделяют: **механические** (внешние) и **физиологические** (внутренние). К **механическим факторам** относятся длительный постельный режим, неподвижность, травматизация кожных покровов; к **физиологическим** – тип кожи, антропометрические особенности, сопутствующие заболевания, поведенческие

особенности (аппетит, курение), лекарственная интервенция, нарушение чувствительности, нейродвигательные нарушения [1].

Пролежни обычно возникают при сочетанном воздействии этих факторов. Постоянная *компрессия* приводит к покраснению кожи, синюшному пятну, пузырю, дефекту кожи (язве), некрозу кожных покровов, мышц, костей (остеомелиту), сепсису.

Трение тела об опорную поверхность (постель, стул) приводит к травме, как кожи, так и более глубоких мягких тканей, в особенности, если кожа сухая (повышается коэффициент трения) либо излишне влажная (увлажнение кожных покровов потом, мочой способствует повышению ее чувствительности к действию повреждающих агентов) [1].

Решающую роль в образовании пролежней играют силы смещения. При поднятом изголовье кровати, когда туловище больного сползает вниз, давление перемещается на крестец и глубокую фасцию. Силы смещения при этом приводят к натяжению и сгибанию сосудов, вызывая их тромбоз и повреждение кожи. Совокупное действие сил смещения и непрерывного давления может привести к развитию пролежневых язв и при низком внешнем давлении [4].

Места образования пролежней. Потенциальными местами образования пролежней могут быть области костных выступов. В зависимости от расположения пациента точки давления изменяются (рис.1).

При положении пациента на спине пролежни появляются в области: бугров пяточных костей, крестца, лопаток, на задней поверхности локтевых суставов, реже над остистыми отростками грудных позвонков и в области наружного затылочного выступа.

При положении пациента на животе – на передней поверхности голеней, особенно над передними краями большеберцовых костей, в области надколенников и верхних передних подвздошных остей, а также у края реберных дуг.

При положении пациента на боку – в области ушной раковины, латеральной лодыжки, мышцелка, большого вертела бедренной кости и на внутренней поверхности нижних конечностей в местах тесного прилегания их друг к другу (рис.1).

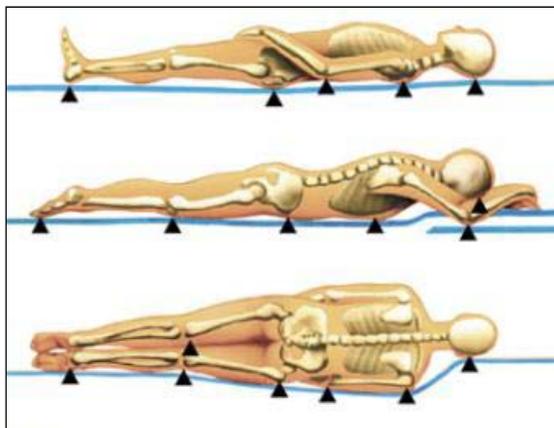


Рисунок 1 - Точки давления на кожу в зависимости от расположения пациента

Клиническая картина. Признак развития пролежней – бледность участков кожи с последующим их покраснением, отеком и отслаиванием эпидермиса. Затем появляются пузыри и некроз кожи. В тяжелых случаях омертвлению подвергаются не только мягкие ткани, но также надкостница и поверхностные слои костного вещества. Присоединение инфекции может привести к сепсису и быть причиной смерти пациента [8].

Выделяют 4 стадии пролежня:

1 стадия – эритема (гиперемия) кожи, не исчезающая в течении 30 минут после перемены положения тела, эпидермис не нарушен.

2 стадия – поверхностный дефект кожи (поражение эпидермиса, иногда с захватом дермы) может появляться в виде пузыря на фоне эритемы.

3 стадия – поражение (некроз) кожи на всю ее толщину.

4 стадия – деструкция кожи и глубже лежащих расположенных тканей до фасции, мышцы, кости или сустава (рис.2)

Диагностику пролежней проводит врач. Диагноз ставится на основании данных осмотра. Оценивается размер и форма пролежней, характер краев и дна, состояние окружающих тканей. Далее намечается план лечения пролежней.

Профилактика и лечение пролежней.

Лечение пролежней – весьма длительное и дорогостоящее мероприятие, поэтому очень важная роль принадлежит профилактике этого осложнения. У всех больных со значительным ограничением двигательной активности либо длительно находящихся на постельном режиме необходимо выполнение профилактических мероприятий, при этом всегда нужно учитывать наличие и выраженность факторов риска развития пролежней. К дополнительным факторам риска относят недержание мочи (раздражение кожи), ксероз (сухость кожи), отеки; процедуры электрофореза или фонофореза, использование электроприборов, ношение тесной одежды также способствуют повреждению и мацерации кожи [1].

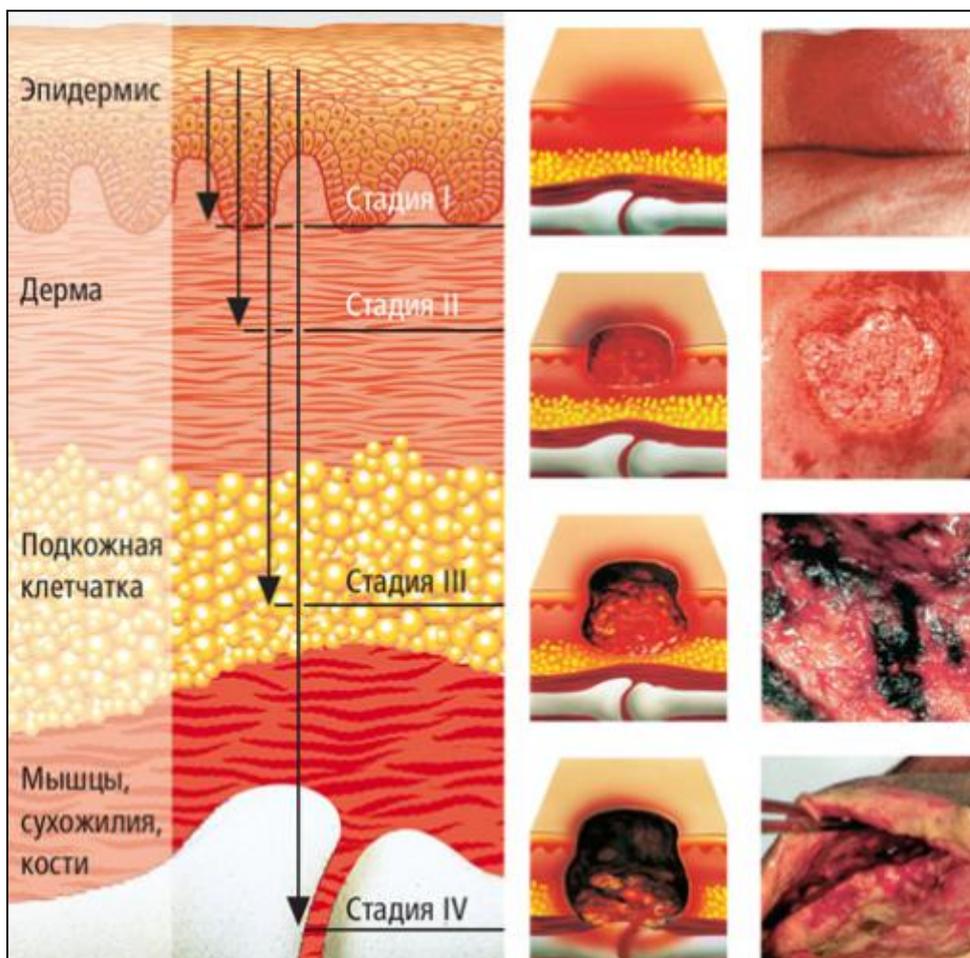


Рисунок 2 - Стадии пролежней

У всех пациентов собирается подробный медицинский анамнез, регулярно выполняется тщательный осмотр кожного покрова с выявлением участков ранее имевшихся пролежней.

К основным профилактическим мероприятиям относятся:

- уменьшение степени и длительности сдавливания кожного покрова, путем изменения положения в постели пациента каждые 2 часа;
- противопролежневые на матрасники и матрасы,
- специальные функциональные кровати;
- уменьшение трения кожи об опорную поверхность;
- регулярное осуществление ухода за кожей, особенно в области промежности (поддерживать в сухом состоянии);
- полноценное питание с достаточным содержанием белков, витаминов и калорий.

Целью лечения пролежней является восстановление кожного покрова в области пролежня. В зависимости от стадии процесса достичь этого можно консервативными мероприятиями либо оперативным путем. Вне зависимости от способа лечения очень большое значение имеет правильно организованный уход [1],

который при квалифицированном подходе является не только профилактическим мероприятием, но и лечебным при пролежнях 1 стадии.

Уход за пациентом общий и специальный

Особенности ухода за пациентом. Уход за пациентом – это совокупность мероприятий, обеспечивающих всестороннее обслуживание пациента, выполнение врачебных назначений, создание оптимальных условий и обстановки, способствующих благоприятному течению болезни, быстрейшему выздоровлению пациента, облегчению его страданий и предотвращению осложнений.

Сестринский уход является основной частью лечебного процесса. Значение его трудно переоценить. Нередко успех лечения и прогноз заболевания всецело определяются качеством ухода, препятствующим развитию серьезных осложнений у ослабленного болезнью организма.

Уход разделяют на общий и специальный. Общий уход — это поддержание санитарного порядка в помещении, где находится пациент, забота о его удобной постели, чистоте белья и одежды, организация питания, помощь при приеме пищи, туалете, физиологических отправлениях и т.д., выполнение всех предписанных медицинских процедур и лекарственных назначений, а также непрерывное наблюдение за самочувствием, состоянием пациента. Специальный уход включает особенности ухода, обусловленные спецификой того или иного заболевания или повреждения.

Общий уход начинается с поступления пациента в стационар. Его объем зависит от состояния пациента, в соответствии с которым врач может назначить строгий постельный режим (не разрешается сидеть), постельный (можно двигаться в постели, не покидая ее), полупостельный (можно ходить по помещению) и так называемый общий режим, когда двигательная активность больного существенно не ограничивается. Однако даже возможность полного самообслуживания не освобождает медицинскую сестру от ухода за пациентом, создания благоприятных условий для его выздоровления. Регулярная смена постельного и нательного белья [10].

Необходим ежедневный утренний и вечерний туалет, интимная гигиена. При отсутствии противопоказаний и с разрешения врача, пациент принимает ванну или моется под душем не реже 1 раза в неделю. Если ванна и душ не разрешены, то его ежедневно обтирают влажными салфетками, или матерчатой салфеткой, смоченной кипяченой водой с мылом, с последующим смыванием последнего. Лицо, шею и верхнюю часть туловища моют ежедневно, руки — перед каждой едой. При строгом постельном режиме ноги моют не реже трех раз в неделю [10].

Подмышечные области, паховые складки, складки кожи под молочными железами, особенно у тучных пациентов с повышенной потливостью, регулярно моют и протирают камфорным или салициловым спиртом. Тяжелобольные, ис-

тощенные и находящиеся длительное время в постели нуждаются в особенно тщательном уходе за кожей. Это помогает избежать пролежней в местах, подвергающихся длительному давлению. С этой целью протирают кожу крестца и поясницы два раза в сутки камфорным спиртом и подкладывают под крестец резиновый круг, обернутый чистой наволочкой, регулярно меняют его положение в постели (каждые 2 часа). При появлении на коже крестца, пятках, затылочной или лопаточной областей участков синюшно-красного цвета надо сразу же сообщить об этом врачу [10].

Волосы моют теплой водой с мылом и осторожно расчесывают, ногти систематически стригут.

Необходим тщательный уход за полостью рта. Зубной щеткой не реже двух раз в день чистят зубы и спинку языка; после каждой еды больной должен полоскать рот. Тяжелобольным зубы протирают ватным шариком, смоченным в 0,5% растворе пищевой соды. Полость рта промывают с помощью резинового баллона или поильника слабыми растворами пищевой соды. Для этого больному придают положение с несколько наклоненной вперед головой, чтобы жидкость легче стекала и не попала в дыхательные пути, при этом оттягивают угол рта для лучшего ее оттока [10].

Уши регулярно моют теплой водой с мылом. Тяжелобольным кожу половых органов и заднего прохода следует обмывать после каждой дефекации и мочеиспускания. С этой целью лучше использовать приспособления для клизмы (кружку Эсмарха с резиновой трубкой и наконечником с краником). В случаях непроизвольного мочеиспускания или дефекации следует как можно быстрее заменить клеенку и подкладную пеленку (а при необходимости постельное и нательное белье) и обязательно обмыть половые органы, промежность, ягодичную область [10].

Основные принципы питания — правильное соотношение белков, углеводов, жиров, минеральных солей, витаминов, рациональный режим. Пищу принимают с 3 - 4 часовыми промежутками в одни и те же часы. Следует избегать избыточного питания. При многих заболеваниях врач назначает специальную диету или рекомендует индивидуальный режим питания [10].

Наблюдение за состоянием пациента — важный элемент ухода. Лечащему врачу необходимо сообщать обо всех изменениях, происходящих с пациентом. Обращают внимание на психику: нет ли нарушения сознания,стораживающих отклонений в поведении, изменений в эмоциональной сфере. Обращают внимание на изменение окраски кожи, повышение или понижение температуры тела, появление высыпаний, зуда, выражение лица, которые могут указывать на улучшение или ухудшение состояния. При обнаружении на коже сыпи надо обратить внимание на ее цвет, вид, а также характер распространения. Ценной информацией для врача могут служить данные о резких изменениях цвета мочи и кала пациента. Необходимо следить также за переносимостью лекарственных препаратов и при появлении кожных высыпаний, зуда, жжения языка, тошноты, позы-

вов на рвоту надо воздержаться от очередного приема лекарства и сообщить врачу [10].

Особенности ухода за пациентами пожилого и старческого возраста. Многие заболевания у людей пожилого возраста протекают атипично, вяло, без выраженной температурной реакции, с присоединением тяжелых осложнений, что требует особого наблюдения.

Пожилые люди нередко проявляют повышенную чувствительность к нарушениям температуры окружающей среды, питанию, к изменениям светового и звукового режима, к лекарствам. Подверженность их инфекциям, воспалительным процессам обязывает к особо тщательному гигиеническому уходу. Эмоциональная неустойчивость, легкая ранимость психики, а при сосудистых заболеваниях мозга — резкое снижение памяти, интеллекта, самокритичности, капризность, беспомощность, а подчас и неопрятность требуют особого внимания и терпения от медперсонала [8].

Специальный уход. Особые методы ухода, касающиеся специфики заболевания, называются специальным уходом. Например, при заболеваниях нервной системы часто возникают тяжелые нейродвигательные расстройства, нарушения чувствительности, расстройства функции тазовых органов. Этим определяется специфика ухода за неврологическими пациентами.

Для предупреждения осложнений пациента следует (каждые 2 ч) осторожно поворачивать проводить профилактику контрактур; необходимо несколько раз в день очищать рот и глотку влажным тампоном, применять отсасыватели. Важна борьба с атонией кишечника и задержкой мочи [8].

У пациентов с двигательными нарушениями церебрального генеза парализованные конечности во избежание мышечной контрактуры укладывают в определенном положении. Парализованную руку кладут на подушку так, чтобы плечевой сустав и рука находились на одном уровне в горизонтальной плоскости, руку отводят в сторону, она должна быть выпрямлена, а кисть повернута ладонью вверх с выпрямленными разведенными пальцами. Парализованную ногу укладывают следующим образом: под коленный сустав подкладывают валик из ваты, стопу удерживают под углом 90° с помощью резиновой тяги или упора. В положении на здоровом боку парализованная рука лежит либо вдоль туловища, либо согнута под углом 90° на подушке; нога согнута в тазобедренном и коленном суставе, под нее подкладывают подушку. Положение больного на спине и на боку меняют каждые 2 ч. В зависимости от состояния больного врач назначает в определенные сроки пассивную и активную гимнастику и массаж. По мере восстановления движений следует основное внимание обращать на то, чтобы больные как можно раньше использовали пораженные конечности для самообслуживания [10].

При наличии у пациентов речевых расстройств рекомендуется, по возможности, помещать их в палаты с пациентами, у которых функция речи сохранена и занятия проводятся с логопедом.

Заболевания спинного мозга часто сопровождаются нижней параплегией или парапарезом ног, нарушением функции тазовых органов, трофическими нарушениями, нередко развитием пролежней. В подобных случаях с первых дней заболевания необходим тщательный уход за кожей. На матраце и простыне не должно быть складок. Под участки тела, подвергающиеся давлению, следует подкладывать надувной резиновый круг. Каждые 2 часа необходимо менять положение пациента, протирать кожу камфорным спиртом. Для предупреждения контрактур нужно следить за положением ног, укладывать их в нужном положении, использовать прикроватные упоры и укладки для профилактики контрактур. Стопы устанавливают под прямым углом к голени с помощью упора. При задержке мочи проводят катетеризацию мочевого пузыря в условиях строгой асептики и с применением средств антисептики, при недержании мочи применяют мочеприемник. При задержке стула показаны очистительные клизмы[10].

Инновационные технологии в уходе за пациентами

Гигиенические средства по уходу за кожей «Menalind® professional». Пациент нередко нуждается в помощи при осуществлении личной гигиены. В этой части ухода руки медицинской сестры становятся руками пациента. Принимая решение, касающееся человека, за которым необходим уход, нужно придерживаться некоторых правил:

- соблюдение безопасности (предупреждения травматизма пациента);
- конфиденциальность (подробности личной жизни не должны быть известны посторонним);
- уважение чувства достоинства (выполнение всех процедур с согласия пациента, обеспечение возможности уединения, если необходимо);
- независимость (моральное поощрение пациента при проявлении им самостоятельности);
- инфекционная безопасность [5].

Что такое «личная гигиена» - это поддержание чистоты своего тела, кожи и слизистых.

Мытье рук и тела, уход за промежностью, волосами, ногтями, зубами и полостью рта – все это относится к «личной гигиене».

При планировании мероприятий по личной гигиене, медицинская сестра предварительно проводит первичную оценку общего состояния пациента.

- Изменения физического состояния, связанные с возрастом. Индивидуальные особенности.
- Цвет и влажность кожи, сыпь, участки шелушения, наличие повреждений. Чистоту рук и ногтей.

- Состояние полости рта (сухость, запах), наличие зубов или зубных протезов.
- Состояние волос: характер волос (сухие, жирные), наличие перхоти [5].

Уход за кожей тяжелобольного пациента имеет свои особенности. Кожа выполняет множество важных функций, но, прежде всего, функцию барьера между внешней средой и организмом человека. Поверхность кожи защищена тонкой пленкой, которая состоит из кожного сала, пота и ороговевших клеток. Эта пленка имеет слабокислую среду, что усиливает антисептические свойства кожи. При неграмотном подборе средств гигиены можно нарушить кислотно-щелочное равновесие в сторону ощелачивания [5].

Имеет значение возраст пациента. С возрастом кожа становится тоньше, снижается деятельность потовых и сальных желез, ухудшаются ее защитные функции. Постельный режим, недержание мочи и кала также влияют на состояние кожи и ослабляют ее способность к восстановлению. Физические воздействия травмируют кожу, приводят к образованию ран и ссадин, постоянное давление - к пролежням.

Обычные средства ухода за здоровой кожей не подходят для лежачих пациентов. Увеличивается потеря влаги и кожа становится сухой. Следовательно, возрастает повреждающее действие пота, мочи и кала. Не рекомендуется использовать бактерицидное мыло. Оно вызывает нарушение нормальной микрофлоры кожи, в результате чего патогенные микроорганизмы легче проникают через кожу и вызывают местные и общие инфекционные процессы.

Для ухода за кожей и поддержания чистоты тела лежачих пациентов разработаны специальные косметические средства, которые отвечают требованиям именно таких пациентов, и для облегчения труда тех, кто ухаживает.

Для достижения максимального эффекта необходимо проводить все три этапа ухода за кожей, используя комплекс косметических средств «Menalind® professional»: «очищение + питание + защита». [5]

Очищение кожи. Уход за кожей всегда начинается с очищения. Только на чистую кожу можно и нужно наносить питательные и защитные средства, иначе их применение не принесет ожидаемого эффекта.

Для очищения кожи можно использовать разнообразные очищающие средства, в том числе влажные салфетки. Они позволяют отказаться от трудоемкой процедуры мытья больного водой с мылом.

Влажные гигиенические салфетки. Протирание салфетками загрязненных участков кожи — удобная замена мытью.

Влажные салфетки используются для удаления любых легких загрязнений на теле, а также для интимной гигиены лежачего больного при смене подгузника или прокладки. Салфетки большие, их размер 20х30 см, они применяются без воды и мыла. Освежают и дезодорируют, не раздражают кожу, т.к. не содержат спирта. Придают коже ощущение свежести и комфорта. Обеспечивают надежную

гигиену и защиту от патогенных бактерий даже при однократном использовании. Салфетки удобны также для протирания всего тела пациента.

Показания к применению: удаление легких загрязнений и смена подгузников у пациента.

Очищающая пена. Интимная гигиена без воды и мыла при сильных загрязнениях в интимной области.

Кожа очищается быстро и мягко, смягчающие и увлажняющие кожу вещества обеспечивают при этом полный уход и устраняют неприятный запах. Выпускается в аэрозольной упаковке, хорошо дозируется и экономно расходуется. Используется без воды и мыла.

Показания к применению: интимная гигиена при сильных загрязнениях кожи и смене подгузников после дефекации у тяжелобольного пациента.

Моющий лосьон. За счет мягких, активных моющих компонентов обеспечивает щадящую и тщательную очистку, особенно при сухой и чувствительной кожи.

Смягчающие кожу вещества, а также натуральные свойства активных элементов креатина, пантенола и ромашки делают кожу эластичной и способствуют регенерации. Не требует дополнительного смывания.

Показания к применению: личная гигиена (обтирание) тяжелобольного пациента в постели.

Шампунь. Очищает волосы и кожу головы мягко и тщательно, при этом оказывает на них благотворное влияние. Шампунь по уходу за волосами делает волосы ароматными, свежими и легко расчесываемыми [5].

Питание и увлажнение кожи. Поврежденная кожа тяжелобольного, а также кожа рук человека, который ухаживает за больным, требует дополнительного увлажнения, питания. Поэтому очищение кожи должно дополняться ее обработкой с помощью тонирующих, увлажняющих, питающих средств.

Тонизирующая жидкость или гель для массажа. Содержит камфару и ментол, смягчающие кожу вещества, пантенол и ромашку, которые препятствуют высыханию кожи. Улучшает кровоток и обменные процессы в коже. Поднимает мышечный тонус больных, находящихся на длительном постельном режиме. Оказывает антисептическое действие. Применяется не только с профилактической, но и с лечебной целью.

Для лечения пролежней 1-й стадии (реактивная гиперемия) рекомендуется наносить на участки покраснения не менее 3 раз в сутки, при этом обязательно следует освободить от давления покрасневшие участки кожи.

Лосьон для тела. Оказывает продолжительное воздействие при уходе за очень сухой, чувствительной и раздраженной кожей. Комбинация натуральных активных веществ, пантенола и ромашки успокаивает, увлажняет кожу и поддерживает ее регенерацию.

Масло для ухода за кожей. Обеспечивает интенсивный уход за сухими и потрескавшимися участками кожи. Ценные натуральные масла, витамин E, пантенол

и ромашка поддерживают и успокаивают кожу. Масло для ухода за кожей легко впитывается и не оставляет жирной пленки на коже, снимает зуд и является прекрасной основой для проведения массажных процедур. Рекомендуется для пациентов с сухой, зудящей кожей и для массажа.

Крем для рук. Для ухода за сухой и потрескавшейся кожей рук. Смягчает и увлажняет кожу рук за счет содержания креатина и пантенола. Быстро впитывается и не оставляет жирной пленки на коже. У лежачих больных крем можно использовать не только для рук, но и для питания и увлажнения пяток. Ежедневное нанесение крема на пятки массирующими движениями способствует профилактике пролежней.

Рекомендуется также для защиты рук медицинского персонала и людей, занятых уходом за лежачими пациентами [5].

Защита кожи. На заключительном этапе ухода рекомендуется использовать средства, обеспечивающие защиту кожи.

Защитная пена (протектор) для кожи. Легкая пена образует сетчатую защитную пленку, которая сохраняется на протяжении 6 ч. В течение этого времени кожу можно мыть. За счет пантенола и креатина протектор защищает чувствительную кожу, сильно подвергающуюся воздействию раздражителей и давления. Содержит активные вещества в липосомах, благодаря чему оказывает воздействие непосредственно на клетки эпидермиса. Рекомендуется наносить на участки кожи, наиболее подверженные риску развития пролежней. Протектор является незаменимым средством профилактики пролежней.

Применение протектора: Тщательно вымыть кожу в интимной области и вытереть насухо, баллончик интенсивно встряхнуть, нанести защитную пену-протектор на кожу и равномерно распределить, дождаться полного впитывания.

Алгоритм применения протектора для кожи:

1. Встряхнуть аэрозольный баллончик.
2. Нанести на участок кожи пациента небольшое количество пены. На участок кожи 10 см^2 — количество пены-протектора примерно 2 см в диаметре.
3. Равномерно распределить протектор по участку кожи.

Защитный крем без оксида цинка. Образует на поверхности кожи прозрачную защитную пленку. Легко распределяется и впитывается. Содержит креатин, бесаболол (на основе масла ромашки), защищает кожу и снимающие воспаление, запатентованный нейтрализатор запаха. Экстракт гамамелиса смягчает кожу, предотвращает раздражение.

Рекомендуется применять на участках кожи, подверженных воспалению, а на коже интимной области — для защиты от раздражающего действия мочи и кала.

Защитный крем с оксидом цинка. Образует защитную пленку и предохраняет кожу в интимной области от раздражающего воздействия мочи и кала. Защитный крем для кожи включает смягчающие и подсушивающие кожу активные вещества

креатина, ромашки, оксид цинка. Следует использовать как крем под подгузник, нанося на ягодичцы больного и на кожные складки в паховой области.

Крем имеет пастообразную консистенцию, наносится тонким слоем и равномерно распределяется по коже. Предохраняет кожу от образования опрелостей и пролежней, поэтому рекомендуется смазывать кремом все кожные складки, особенно у людей с избыточной массой тела, а также у женщин под грудью.

Если у больного выведена стома, то при смене повязки или приемного пакета следует смазывать место вокруг стомы защитным кремом. Он создает на поверхности кожи защитную пленку и предохраняет кожу от раздражений. Крем экономичен в применении, так как наносится очень тонким слоем. Рекомендуется использовать в местах образования кожных складок по всему телу [5].

Абсорбирующие средства. Подгузники. Одним из наиболее важных факторов при решении повседневных проблем с недержанием мочи и нарушениями мочеиспускания пациента это использование одноразовых гигиенических средств. Правильно подобранные качественные гигиенические средства предотвращают возможные осложнения, связанные с состоянием здоровья кожи у пациентов с проблемой недержания, а также значительно облегчают труд медицинской сестры и родственников при уходе за лежащим дома.

Для пациентов с тяжелой и очень тяжелой формой недержания рекомендуются воздухопроницаемые подгузники MoliCare Comfort (Моликаре Комфорт). Боковые части этих подгузников изготовлены из специального нетканого материала, свободно пропускающего воздух и поддерживающего оптимальную температуру тела. В результате клинических исследований было доказано, что за счет свободной циркуляции воздуха и испарения излишней влаги с поверхности кожи исключаются парниковый эффект, перегрев и покраснение кожного покрова, предотвращается размокание рогового слоя эпидермиса и разрушение защитной антибактериальной мантии кожи. Дополнительное уникальное отличие данных подгузников — наличие 3-слойной защитной подушки и использование специального запатентованного материала верхнего, прилегающего к коже слоя — на основе термически обработанной закрученной целлюлозы. Данный материал оказывает антибактериальный эффект и поддерживает благоприятный для кожи кислый фактор pH 5,5, не допуская его смещение в щелочную среду [7].

Так обеспечивается максимальная защита возможных раздражений кожи в результате воздействия патогенных бактерий. 3-слойная защитная подушка прочно удерживает выделения и неприятный запах внутри, преобразуя поглощаемую жидкость в гель за счет очень быстрого действия специального суперабсорбента. Использование воздухопроницаемых подгузников MoliCare Comfort обеспечивает значительную экономию денежных средств, а также временных и трудовых затрат, неизбежно возникающих при наступлении проблемы раздражения кожи [5].

Впитывающие пеленки. Запатентованная структура поверхности (прессованные дорожки) обеспечивает равномерное распределение жидкости. Нетканый

материал, соприкасающийся с кожей, не вызывает аллергических реакций. Сплошное нетканое покрытие перекрывает края пеленки. Внутренний слой пеленки изготовлен из экологически чистой распушенной целлюлозы, отбеленной кислородом. Водонепроницаемая нескользящая пленка MoliNea®

обеспечивает дополнительную защиту. Пеленки не скользят по поверхности и не создают складок.

Назначение: Для дополнительной защиты постельного белья и других поверхностей от протекания и загрязнений. При проведении диагностических, гигиенических и медицинских процедур.

Пеленки используются отдельно или в комбинации с другими абсорбирующими средствами. Существуют различные размеры пеленок и степень их впитываемости [5].

Все эти средства облегчают процедуру гигиенического ухода, повышают его качество, экономят время, особенно когда на одну медицинскую сестру приходится 15-20 тяжелобольных пациентов.

В декабре 2012 года в Областной клинической больнице (ОКБ) открылось отделение для больных с острым нарушением мозгового кровообращения (ОНМК). За 2013 год в этом отделении было пролечено 952 пациента с инсультом, из них 413 с ишемическим, 349 - с геморрагическим, что составляет 80 % от общего числа. 611 (65%) пациентов нуждались в посторонней помощи. В 2011-2012 годы в ОКБ было зарегистрировано всего 2 случая развития пролежней у пациентов. Однако ситуация изменилась с открытием сосудистого центра. 65% пациентов имели высокий риск развития пролежней. Для того чтобы улучшить качество обслуживания пациентов необходимо обучить медицинский персонал инновационным технологиям по профилактике развития пролежней, которые уменьшат затраты времени на уход, тем самым повысят качество ухода за пациентами и снизят нагрузку на медицинский персонал.

По результатам специального исследования в США доказано, если уходом за больными занимались специально обученные сиделки, то распространенность этого осложнения снижалась до 8,1%[4]. Этим и был обусловлен выбор темы сестринского исследования.

Цель исследования: добиться снижения риска возникновения пролежней у пациентов путем внедрения и практического применения нового комплекса мероприятий профилактики пролежней с использованием лечебно-профилактической профессиональной косметики и повысить уровень качества жизни пациента.

Задачи исследования:

1. Изучить клинические проявления кожных покровов у пациентов с ограничением двигательной активности при проведении различных видов противопролежневых мероприятий и в том числе на фоне течения диабета.

2. Оценить трудозатраты медицинского персонала по уходу за пациентами с ограничением двигательной активности при применении отраслевого стандарта «Протокол ведения больных. Пролежни» и инновационных технологий.
3. Провести сравнительную оценку используемых технологий.
4. Оптимизировать программу «Правильный уход за тяжелобольным пациентом» и внедрить ее в практику.

Практическая значимость: Впервые в ОКБ применен комплекс инновационных технологий по уходу, что позволило снизить риск возникновения пролежней у тяжелобольных пациентов с помощью сестринских вмешательств и улучшить их качество жизни.

Научная новизна: В рамках проводимого исследования организована школа «Правильный уход за тяжелобольным пациентом» для непрерывного обучения медицинского персонала и родственников уходу за пациентами с нарушением

Исследование проводилось на базе трех отделений БУЗОО «ОКБ»: неврологического отделения для больных с ОНМК, неврологического реабилитационного и нейрохирургического отделений. Период исследования составил 09.06.13 – 31.01.14г.

Объект исследования: стационарные пациенты неврологического профиля БУЗОО «ОКБ»: неврологического отделения для больных с ОНМК, неврологического реабилитационного и нейрохирургического отделений.

Предмет исследования: кожные покровы пациентов.

Размер выборки составил 60 пациентов, которые были разделены на 2 группы.

Для определения критериев включения и исключения проведен анализ пациентов пролеченных в выше указанных отделениях за период с 10.12.12 - 30.04.13.

В ходе отбора участников в исследование из 407 человек выделено количество умерших (60) пациентов, затем переведенное в проценты. Далее были взяты две возрастные категории от 30 до 60 лет и от 60 до 80 лет, из которых высчитывался процент умерших. Эффективность участия в исследовании первой категории пациентов оказалась больше, так как процент смертности в этой категории ниже процента смертности второй (таблица №1).

Размер выборки категории пациентов для исследования

Количество пролеченных пациентов по возрастам					
30-40 лет	41-50 лет	51-60 лет	61-70 лет	71-80 лет	81-90 лет
12	22	88	100	137	48
Количество умерших пациентов по возрастам					
1	1	6	11	22	19
Процент умерших на количество пролеченных пациентов					
8,3%	4,5%	6,8%	11%	16%	43%

Процент смертности: от 30 до 60 лет – 6,5% ; от 60 до 80 лет – 18,2%

На основании вышеизложенного, в данное исследование было включено 60 пациентов, которым проводились противопролежневые мероприятия профессиональными косметическими средствами по уходу.

Критериями включения являлись пациенты, находящиеся на постельном режиме с ограничением движения 5 и более суток без пролежней, с пролежнями 1 стадии, пациенты с сахарным диабетом.

Критериями исключения послужили: возраст пациентов до 30 лет и старше 60 лет; пациенты, находящиеся на постельном режиме с ограничением движения менее 5 суток; пациенты, способные самостоятельно выполнять гигиенические мероприятия.

Возрастной состав пациентов варьировал в пределах от 30 до 60 лет. Средний возраст составил следующие значения:

- В группе А - 52,8 ±5
- В группе В – 52,9 ±5

В **группе А** - было 17 женщин и 13 мужчин. В **группе В** - 18 женщин и 12 мужчин.

Средняя продолжительность койко-дня первой группы – 12,2, второй – 10,4. Вариабельность продолжительности стационарного лечения от 7 до 30 дней. Таким образом, значительных различий в половом и возрастном составе, а так же в продолжительности стационарного лечения не было.

Дизайн исследования:

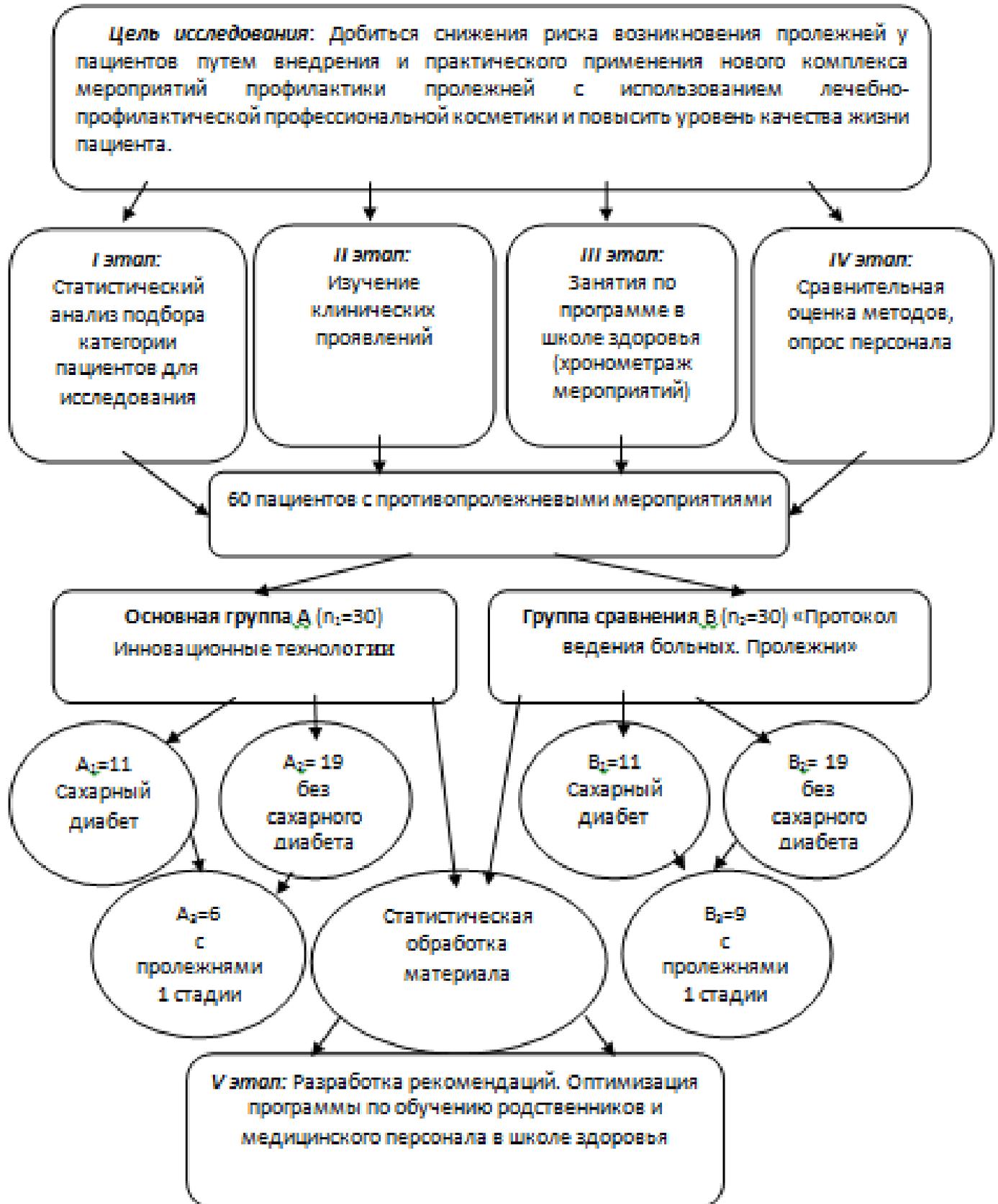


Рисунок 3 - Дизайн исследования

Проведено не рандомизированное, проспективное исследование.

Сравнительному анализу подлежали пациенты, которым проводились противопролежневые мероприятия. Все пациенты (n=60) были разделены на две группы: первая - **основная группа А** (n₁=30), где использовались разработанные инновационные технологии по профилактике пролежней с применением лечебно – профессиональной косметики, вторая – **группа сравнения В** (n₂=30), в которой проводились обычные противопролежневые мероприятия. Для первой и для второй групп соблюдался отраслевой стандарт «Протокол ведения больных. Пролежни». Целью такого разделения на группы было сравнение результатов применения различных средств по уходу, оценка их эффективности, временные затраты на уход, используя статистические методы анализа данных.

Статистическая обработка материалов исследования проводилась на персональном компьютере в среде «Windows» с использованием пакета Microsoft Excel, Версия 7.0.

1. Для сопоставления независимых выборок при правильном распределении по частоте встречаемости исследуемого эффекта использовали критерий Фишера [2].

2. Достоверность различий независимых и зависимых выборок при правильном распределении использовали критерий Стьюдента [2].

3. Критерий Манна-Уитни (U) для определения различий между малыми выборками [2].

Во время исследования медицинские сестры ежедневно проводили пациентам оценку риска возникновения пролежней в баллах по шкале Нортон [9]. Оценка риска осуществлялась в момент поступления пациента в стационар и при выписке (таблица №2).

Таблица 2 - Оценка риска возникновения пролежней по шкале Нортон

Категории групп	Высокий риск развития пролежней при поступлении в стационар	Высокий риск развития пролежней при выписке из стационара	Динамика оценки
Группа А (n=30)	18,7	24,8	+6,1
Группа В (n=30)	20,0	22,3	+2,3

Как показали наблюдения за пациентами **группы А** с высоким риском развития пролежней, при использовании лечебно-профилактической профессиональной косметики, во время нахождения в стационаре отмечалась положительная динамика, и к выписке из стационара у 20 (66%) пациентов от общего числа высокий риск развития пролежней был сведен к нулю. Улучшение кожного покрова (здоровая кожа) из этой категории пациентов отмечалось у 43,3 %. Однако у пациентов **группы В** с высоким риском развития пролежней во время стационар-

ного периода при использовании обычных средств ухода положительная динамика отмечалась только у 17,5%, а у 82,5% динамика не отмечена.

Сопоставление двух выборок по частоте встречаемости интересующего исследуемого эффекта по критерию Фишера (ϕ^*) (Таблица 3)

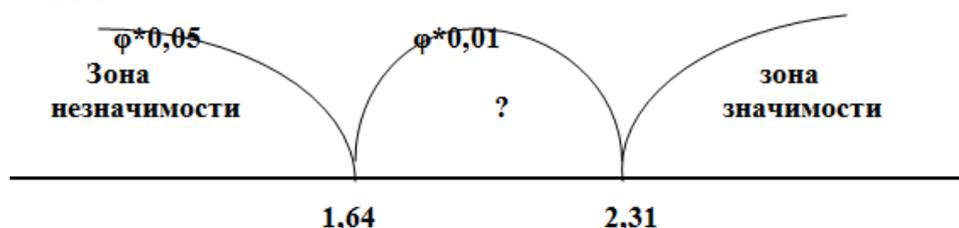
H_0 – доля пациентов, у которых оценка риска возникновения пролежней по шкале Нортон > 25 баллов в группе А не больше, чем в группе В (нет эффекта)

H_1 - доля пациентов, у которых оценка риска возникновения пролежней по шкале Нортон > 25 баллов в группе А больше, чем в группе В (есть эффект)

Таблица 3 - Оценка эффективности применения инновационных технологий

Число пациентов	Критерии эффективности		Результат эффективности
	H_0 (%)	H_1 (%)	
Группа А ($n_1=30$)	10 (33,3)	20 (66,7)	в 2 раза >
Группа В ($n_2=30$)	25(83,3)	5 (16,7)	в 5 раз <

Результат: $\phi^* = 4.14$



Полученное эмпирическое значение ϕ^* находится в зоне значимости. Это говорит о том, что доля пациентов, у которых проявляется исследуемый эффект в основной группе больше, чем в группе сравнения ($p \leq 0,01$).

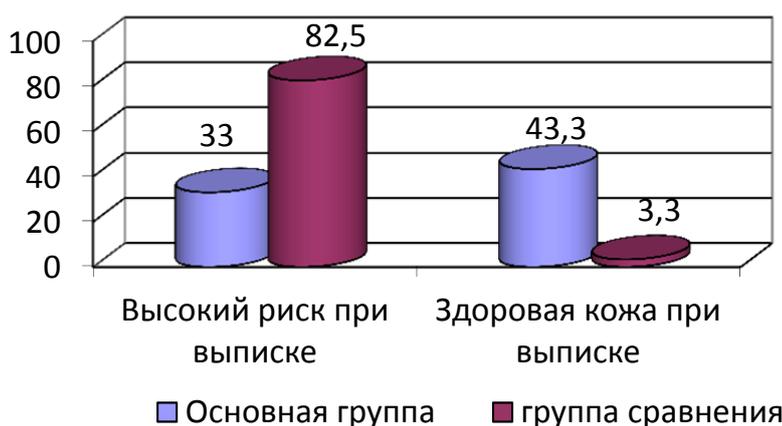


Рисунок 4 - Влияние средств ухода на состояние кожных покровов

Вывод: при использовании инновационных технологий, риск развития пролежней сокращается к выписке из стационара в 3 раза, а улучшение кожного по-

крова наблюдается чаще в 2,3 раза. При обычном уходе риск сокращается в 1,2 раза, улучшение кожного покрова отмечено только у 1 человека из 30 пациентов (рис.4).

Следует особо отметить, что в обеих группах имелись пациенты с сопутствующим заболеванием (сахарный диабет), который вызывает выраженное нарушение трофики тканей. Любое повреждение кожи у пациентов с диабетом может привести к развитию язвы, флегмоны, и т.д. Риск развития пролежней у таких пациентов увеличивается в 2 раза. Эта категория пациентов была специально подобрана и распределена по группам (рис.5).

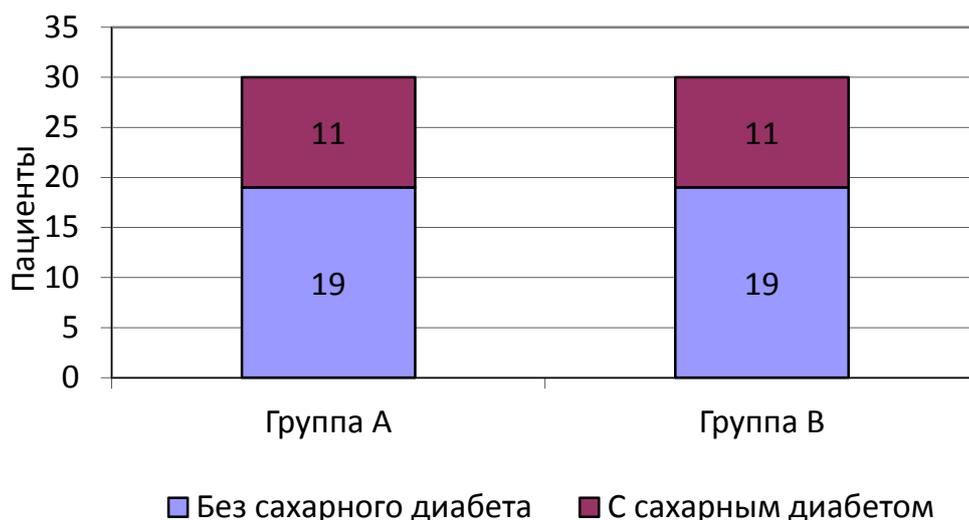


Рисунок 5 - Распределение пациентов с диабетом в сравнительных группах

Рассмотрим сопоставление двух выборок пациентов с сопутствующим заболеванием сахарный диабет (таблица 4).

Таблица 4 - Оценка риска возникновения пролежней по шкале Нортон у пациентов с диабетом

Категории групп	Высокий риск развития пролежней при поступлении в стационар	Высокий риск развития пролежней при выписке из стационара	Динамика оценки
Группа А ₁ (n=11)	18,7	24,7	+6,0
Группа В ₁ (n=11)	20,6	23,8	+3,2

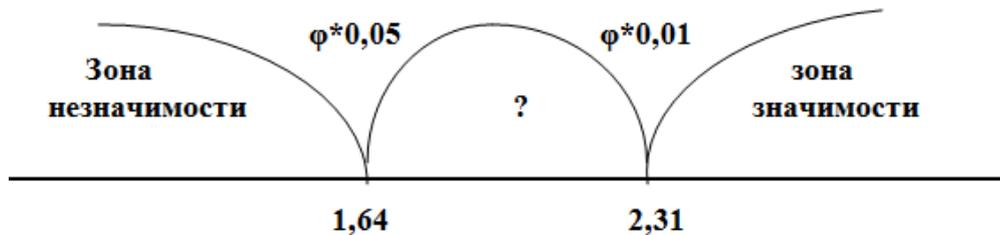
H_0 - доля пациентов, у которых оценка риска возникновения пролежней по шкале Нортон > 25 баллов в группе А₁ не больше, чем в группе В₁.

H_1 - доля пациентов, у которых оценка риска возникновения пролежней по шкале Нортон > 25 баллов в группе А₁ больше, чем в группе В₁ (Таблица №5).

Таблица 5 - Критерии эффективности применения инновационных технологий в группах пациентов с сахарным диабетом

Выборка	Критерий эффективности	
	H_0	H_1
Группа A_1	3 из 11	8 из 11
Группа B_1	9 из 11	2 из 11

Результат: $\phi^* = 2,723$



Полученное эмпирическое значение ϕ^* находится в зоне значимости. Это говорит о том, что доля пациентов, у которых проявляется исследуемый эффект в группе A_1 больше, чем в группе B_1 . ($p \leq 0,01$).

Исследование наиболее сложной категории пациентов в обеих группах (пациенты с сахарным диабетом) показало, что у 8 пациентов группы A_1 во время использования профессиональной косметики отмечалась положительная динамика и к выписке из стационара риск возникновения пролежней сведен к нулю. Противоположная ситуация отмечена в группе B_1 - при использовании обычных средств ухода не отмечалось никакой динамики у 9 пациентов из 11.

Вывод: Проанализировав и сопоставив полученные результаты 2 групп и их подгрупп можно сделать вывод, что инновационные технологии с применением лечебно-профилактической косметической серии по уходу за пациентами в 1,8 раза эффективнее обычных средств ухода ($p \leq 0,01$).

Отбор в группы проводился по всем строгим критериям. Не редко пациенты поступали в стационар уже с имеющимися пролежнями. Медицинские сестры обучены дифференцировать пролежни от контактного дерматита.

В группе A_3 было 6 пациентов с пролежнями 1 стадии, в группе B_3 9 человек. При средней продолжительности койко-дня в основной подгруппе 9,5, пролежни купировались в среднем на 6 день. В подгруппе сравнения на 9 день со средней продолжительностью койко-дня 8,7. Следовательно, у пациентов при использовании профессиональной косметической серии пролежни купировались до выписки из стационара и на 3 дня раньше, чем в подгруппе сравнения. Нужно отметить, что пролежни 1 стадии не являлись препятствием к выписке пациентов из стационара.

Определим достоверность различий независимых подгрупп с пролежнями, используя критерий Манна-Уитни (U). Критерий предназначен для оценки разли-

чий между двумя выборками по уровню какого-либо признака (пролежень), количественно измеренного. Он позволяет выявлять различия между малыми выборками (Таблица 6)

Таблица 6 - Расчет U-критерия Манна-Уитни купирования пролежней у пациентов групп А3, В3 по койко-дням

Группы	Сумма	Среднее	Результат
А ₃	34	5,7	6 дней
В ₃	77	8,6	14 дней

Результат: $U_{эмп} = 6$

Критические значения

$U_{кр}$	
$p \leq 0.01$	$p \leq 0.05$
7	12

Полученное эмпирическое значение $U_{эмп}$ (6) находится в зоне значимости. Различия между подгруппами достоверны ($p \leq 0.01$).

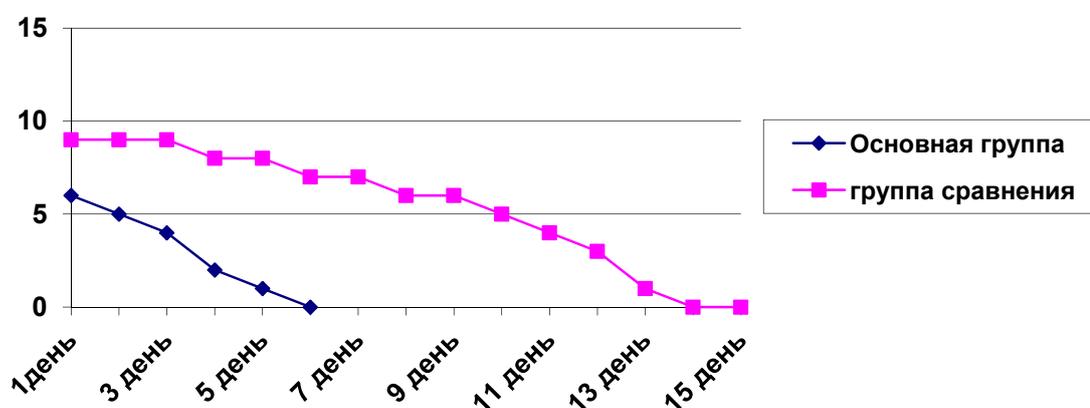


Рисунок 6 - Результаты лечения пролежней

Вывод: на основании наблюдений за пациентами с пролежнями группы А₃ положительная динамика (уменьшение диаметра гиперемии) отмечалась уже на второй день использования современных средств ухода, к 6 дню стационарного лечения пролежни купировались, и к выписке из стационара отмечалось улучшение кожного покрова. У пациентов с пролежнями группы В₃, которым применялись обычные средства ухода, отмечалась вялая положительная динамика

(уменьшение диаметра гиперемии), улучшение наступало на 4-5 день и 6 человек были выписаны из стационара с пролежнями 1 стадии, с последующим уходом в домашних условиях (Рис.6). Пролежни купированы к 14 дню. Родственники посещали школу по уходу и обучены профилактике пролежней.

Программа обучения уходу за тяжелобольными пациентами

Отмечая положительный эффект использования лечебно-профилактической профессиональной косметики, сокращения времени на уход и обучение медицинскими сестрами родственников лежащих пациентов некоторым элементам ухода, была составлена программа обучения медицинского персонала больницы и родственников пациентов с ограниченной подвижностью правильному уходу, и открыта школа здоровья «Правильный уход за тяжелобольным пациентом». Разработано положение, составлена программа.

Программа направлена на обучение медицинского персонала и родственников тяжелобольного пациента, правильному уходу и применяемым инновационным технологиям для предотвращения возникновения пролежней и улучшения качества жизни пациента.

Программа предусматривает:

- мотивирование медицинского персонала и родственников пациента к ответственности за повышение качества жизни тяжелобольного пациента;
- поддержку и расширение клинической деятельности медицинских сестер в обучении родственников правильному уходу за тяжелобольными пациентами;
- ознакомление медицинских сестер и родственников пациентов с инновационными технологиями, используемыми в уходе за тяжелобольными пациентами;
- проведение анализа работы школы здоровья для дальнейшего совершенствования подготовки медицинского персонала и родственников в уходе за тяжелобольным пациентом.

Программа состоит из 4 занятий, каждое из которых делится на вводную часть, информационную и заключение.

Вводная часть первого занятия состоит из знакомства с группой. Группе родственников раздаются анкеты, после обработки информации которых, планируется 2 и 3 занятие. В этой же части проводится открытый диалог со слушателями о проблемах и современных принципах ухода. Вводная часть следующих трех занятий состоит из ответов на вопросы возникших после предыдущего занятия.

Информационная часть первого занятия состоит из теоретической части, в которой говорится о гигиеническом уходе, типах кожи, внутренних и внешних факторах, влияющих на кожу, и какие средства ухода бывают. Информационная часть 2 и 3 занятия заключается в показе на муляже гигиенический уход и профи-

лактику пролежней и на 4 занятия слушатели закрепляют навыки ухода на муляже. Далее в заключении подводятся итоги работы школы здоровья.

За период с 01.10.13 по 31.05.15 было обучено 112 родственника, 29 медицинских сестер участвовавших в исследовании и 210 палатных медицинских сестры стационарных отделений (Рис. 7). Медперсоналу, участвовавшему в исследовании, проведен хронометраж потраченного времени по использованию лечебно-профилактической серии во время ухода с инновационными технологиями и ухода обычными средствами.



Рисунок 7 - Количество обученных уходу за пациентами

При проведении хронометража ухода с применением инновационных технологий и обычными средствами ухода особое внимание уделялось общему уходу. В уходе исследования участвовали 29 медицинские сестры следующих отделений:

- Неврологического отделения для больных с ОНМК – 10;
- Нейрохирургического – 11;
- Неврологического реабилитационного – 8.

При использовании современных средств ухода среднее количество времени, потраченное на общий уход за кожей одного пациента, до обучения в школе составлял 19 минут 02 секунды, после обучения 17 минут 3 секунды. При использовании традиционных средств ухода, на общий уход за кожей одного пациента потребовалось 28 минут 07 секунд (таблица 7).

Таблица 7 - Расчет t-критерия Стьюдента времени потраченного на общий уход до и после обучения в школе

До обучения

№	м/с (n=29)	
	A	B
Суммы:	540	814
Среднее:	18.62	28.07

Результат: $t_{Эмп} = 4.7$

После обучения

№	м/с (n=29)	
	A	B
Суммы:	50	81
Среднее:	17.34	28.07

Результат: $t_{Эмп} = 4.8$

Критические значения

$t_{кр}$	
$p \leq 0.05$	$p \leq 0.01$
2	2.66

Критические значения

$t_{кр}$	
$p \leq 0.05$	$p \leq 0.01$
2	2.66

Полученные эмпирические значения t (4.7) и t (4.8) находятся в зоне значимости ($p \leq 0/01$).

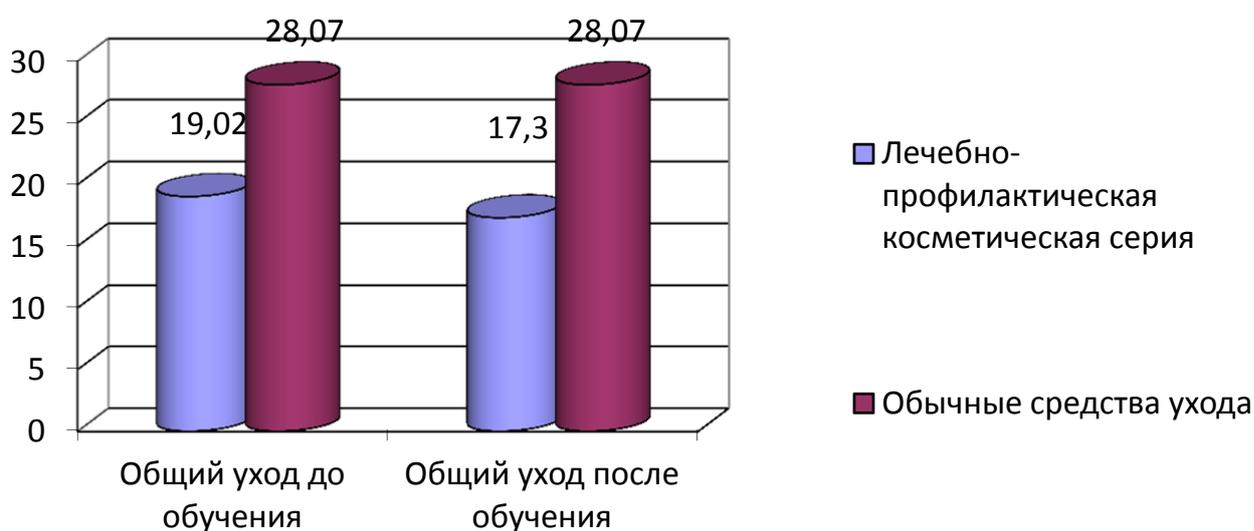


Рисунок 8 - Трудозатраты медперсонала до и после обучения в школе ухода

Вывод: по результатам вычислений можно сделать вывод, что до обучения в школе время ухода за тяжелобольными пациентами с использованием профессиональной косметической серии сокращается на 9 минут 05 секунд, а по-

сле обучения на 11 минут 13 секунд. Это говорит о том, что обучение медперсонала в школе по уходу за тяжелобольными пациентами дает положительные результаты, время на уход у обученного персонала сокращается на 2 минуты 08 секунд (рис.8).

По окончании исследования был проведен опрос медицинских сестер, участвовавших в исследовании по привлечению дополнительных ресурсов во время ухода за основной группой пациентов и группой сравнения (рис. 9).

В опросе участвовало 29 медицинских сестер. Большинство (23) из этого числа ответили, что во время проведения ухода по инновационным технологиям им не потребовалось привлечения других лиц в помощь. Однако 27 респондентов при использовании обычных средств ухода прибегали к помощи других лиц.

При использовании эргономических средств: В первом случае наличие эргономических средств, требовалось 17 медработникам, во втором случае 27 медработникам.

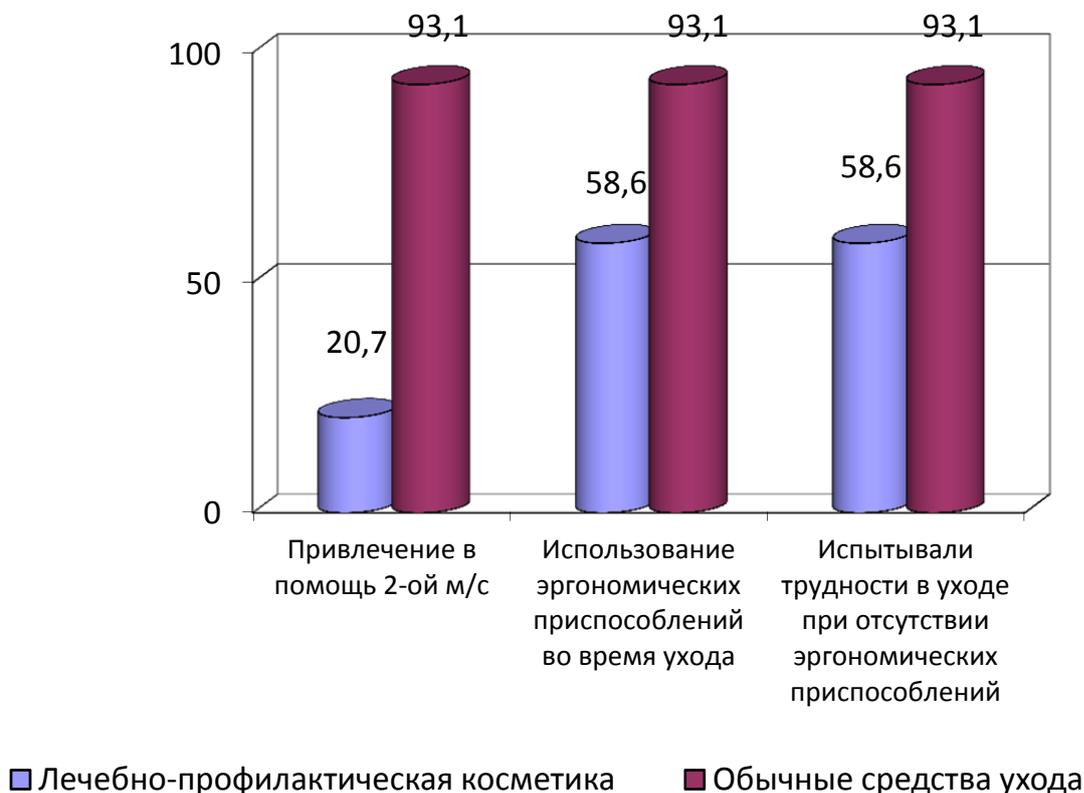


Рисунок 9 - Привлечение дополнительных ресурсов в уходе за пациентами

Проанализировав данные опроса можно сделать вывод, что при использовании инновационных технологий привлечение дополнительной помощи сокращается в 4 раза. Привлечение дополнительных ресурсов во время ухода за пациентами сокращается в 1,5 раза. Это значительно влияет на рациональное исполь-

зование рабочего времени для обучения пациентов и их родственников уходу при выписке из стационара.

Выводы:

1. Клинические проявления обездвиженности пациентов сопровождаются трофическими изменениями кожи формированием пролежней. Сопутствующий диабет усугубляет трофические нарушения и повышает риск развития пролежней в 2 раза. Проведение противопролежневых инновационных мероприятий в 3 раза сокращают риск развития пролежней.
2. Применение противопролежневых инновационных технологий у пациентов с ограничением двигательной активности в 1.8 раза эффективнее обычных средств ухода и позволяет улучшить качество жизни пациентов.
3. Применение инновационных технологий снижает трудозатраты по уходу на 11 минут 13 секунд за один сеанс и сокращаются в 4 раза. Нагрузка на медицинский персонал снижается в 2,5 раза.
4. Внедрение в практику программы «Правильный уход за тяжелобольным пациентом» используемой в школе здоровья позволило повысить качество ухода, снизить трудозатраты по уходу и улучшить качество жизни пациентов.

Подводя итоги результатов проведенного исследования можно отметить следующее. Команда по сестринским исследованиям в своей работе применила шкалу Нортон для оценки риска развития пролежней, что позволило своевременно начать противопролежневые мероприятия для пациентов с нейродвигательными нарушениями, от которых зависело качество проведенных процедур. Используя лист сестринского ухода отраслевого стандарта, «Протокол ведения больных. Пролежни», впервые была применена лечебно-профилактическая косметическая серия «Menalind® professional» в комплексе по разработанным алгоритмам ухода за пациентами. В результате было отмечено, что инновационные технологии с применением лечебно-профилактической косметической серии по уходу за пациентами улучшают состояние кожного покрова пациента, позволяют достигнуть положительного эффекта по противопролежневым мероприятиям, снижают трудозатраты медицинской сестры и главное повышают качество жизни пациента.

Список используемой литературы

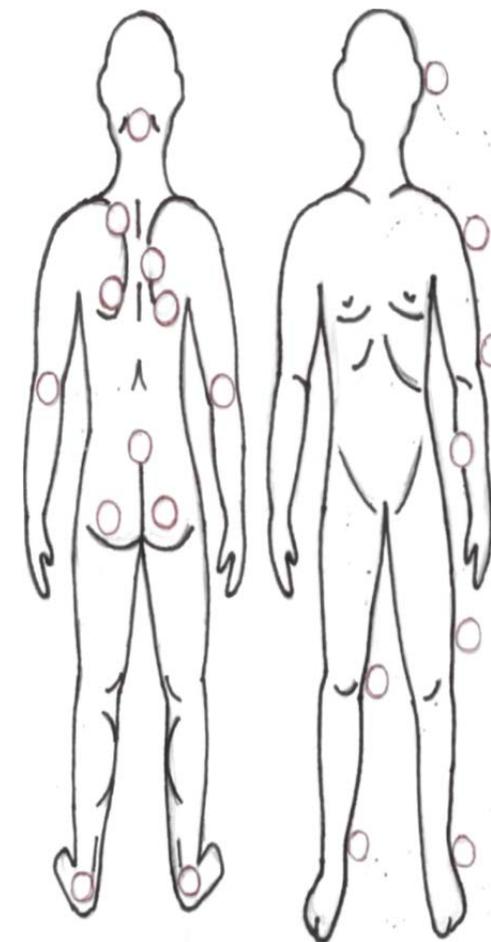
1. Белова А.Н. Нейрореабилитация: Руководство для врачей.- М.: 2000. - 450с.
2. Ермолаев О.Ю. Математическая статистика для психологов.-НОУ ВПО МПСИ.: Флинта, 2011.-336с.
3. Зайлер В.О. Пролежень: патогенез, профилактика и лечение// Медсестра.- 2010.-№8.- С.56-69.
4. Климиашвили А.Д. Профилактика и лечение пролежней // Медицина неотложных состояний.- 2007.- №5 (12). С. 99-103.

5. Осипова В.Л., Павлова С.Г. Инновационные технологии в уходе за тяжелобольным пациентом. Учебное пособие. - М.: 2011. – 80с.
6. Отраслевой стандарт «Протокол ведения больных. Пролежни» (ОСТ 91500.11.0001-2002).
7. Пролежни. Экономика и профилактика.- М.: НЬЮДИАМЕД, 2012. – 100с.
8. Туркина Н.В., Филенко А.Б. Общий уход за больными. - М.: 2007. – 550 с.
9. Школа сестринского ухода// Сестринское дело. – 2011. -№5.- С.27
10. Энциклопедический справочник медицинской сестры, фельдшера и акушерки/ Под Ред. В.И. Бородулиной. - М.: Альянс-В, 1998. – 624с.

Бальная шкала Нортон для оценки риска возникновения пролежней

Оценка риска возникновения пролежней по шкале Нортон

Готовность к общению	Полная 4	Неполная 3	Частичная 2	Нет 1
Возраст	Меньше 10 лет 4	Меньше 30 лет 3	Меньше 60 лет 2	Больше 60 лет 1
Состояние кожи	Здоровая 4	Шелушащаяся сухая 3	Влажная 2	Раны, аллергии, трещины 1
Сопутствующие заболевания	Нет 4	Лихорадка, диабет, анемия 3	Рассеянный склероз 2	Кома, паралич 1
Физическое состояние	Хорошее 4	Удовлетворительное 3	Плохое 2	Очень плохое 1
Душевное состояние	Ясное 4	Адаптивное, безучастное 3	Спутанное сознание 2	Ступор 1
Активность	Ходит без помощи 4	Ходит с помощью 3	Передвигается на кресле 2	Лежит в постели 1
Подвижность	Полная 4	Немного ограничена 3	Значительно ограничена 2	Полностью ограничена 1
Недержание	Нет 4	Иногда 3	Моча 2	Моча и кал 1



Сумма баллов _____

Пролежни: есть
нет

Стадия: 1 2 3 4

Если сумма баллов меньше 25, то высокий риск развития пролежней.

Приложение 2

Лист противопролежневых мероприятий

Пациент _____ палата _____ Дата _____

№ п/п	Изменение положения в постели	Время											
1	положение Фаулера	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	положение Симса	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	положение «на правом боку»	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4	положение «на левом боку»	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
5	положение «30° направо»	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
6	положение «30° налево»	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6

Гигиенические мероприятия

№ п/п	Наименование процедуры	Время											
1	Смена постельного белья												
2	Смена нательного белья												
3	Уход за промежностью и наружными половыми органами												
4	Пособие при мочеиспускании												
5	Пособие при дефекации												
6	Уход за кожей (обтирание)												

№ п/п	Общие параметры	Время											
9	Количество съеденной пищи (гр)												
10	Получено жидкости												
11	массаж												
12	Обучение пациента самоуходу												
13	Обучение родственников уходу												
13	Транспортировка пациента												

Немецкий национальный стандарт тактильной диагностики уязвимых участков кожи «Тест пальцем»

Достаточно нажать пальцем на опасное место, чтобы определить нарушена ли циркуляция. Не проходящее после нажатия покраснение в области костных выступов, указывает на нарушение оттока крови. Она показывает, что циркуляция в венах нарушена и лимфатическая зона, возможно уже повреждена, что может привести к повреждению ткани.

Оценка состояния кожного покрова пациента

Пациент _____ Палата _____ Дата начало оценки _____

№	Состояние кожи пациента	Дата									
	«Тест пальцем»										
1	После нажатия определяется белое пятно, которое исчезает в течение 3 секунд.										
2	После нажатия кожа осталась красной, цвет не изменился.										

**Положение о школе здоровья
«Правильный уход за тяжелобольным пациентом»**

Общие положения

Школа здоровья «Правильный уход за тяжелобольным пациентом», организуется в областной клинической больнице, в главном корпусе на 5 этаже.

Подбор слушателей для проведения занятий в школе здоровья осуществляют старшие медицинские сестры отделений, в которых проходят лечение тяжелобольные пациенты. Формирование групп осуществляет медицинская сестра ответственная за школу.

Занятия с медицинскими сестрами и родственниками пациентов проводятся в учебном классе в соответствии с программой.

Цель создания школы здоровья «Правильный уход за тяжелобольным пациентом»: обучение медицинского персонала и родственников тяжелобольного пациента, правильному уходу и применяемым инновационным технологиям для предотвращения возникновения пролежней и улучшения качества жизни пациента.

Задачи школы здоровья «Правильный уход за тяжелобольным пациентом»:

1. Мотивирование медицинского персонала и родственников пациента к ответственности за повышение качества жизни тяжелобольного пациента.
2. Поддержка и расширение клинической деятельности медицинских сестер в обучении родственников правильному уходу за тяжелобольными пациентами.
3. Ознакомление медицинских сестер и родственников пациентов с инновационными технологиями, используемыми в уходе за тяжелобольными пациентами.
4. Проведение анализа работы школы здоровья для дальнейшего совершенствования подготовки медицинского персонала и родственников в уходе за тяжелобольным пациентом.

Функции школы здоровья «Правильный уход за тяжелобольным пациентом»:

- обеспечение методическими материалами, наглядными пособиями, памятками медицинский персонал и родственников пациентов;
- отработка на фантоме инновационных технологий и элементов ухода за тяжелобольным пациентом;
- обучение оценке состояния кожного покрова и специального ухода для предотвращения возникновения пролежней.

Форма обучения в школе здоровья «Правильный уход за тяжелобольным пациентом»:

- График работы школы здоровья: два раза в неделю вторник и четверг в 15 часов 30 минут.
- Группа состоит из 8-10 человек.
- Программа обучения состоит из четырех занятий.
- Обучение осуществляется с применением методов собеседования, «вопрос-ответ», решение ситуационных задач, отработка навыков ухода на фантоме.
- Перед проведением занятий и после обучения проводится собеседование и выявление мнения слушателей о работе школы здоровья.
- Проведение анализа работы школы здоровья.

Программа школы здоровья «Правильный уход за тяжелобольным пациентом»

Программа направлена на обучение медицинского персонала и родственников тяжелобольного пациента, правильному уходу и применяемым инновационным технологиям для предотвращения возникновения пролежней и улучшения качества жизни пациента. Программа предусматривает:

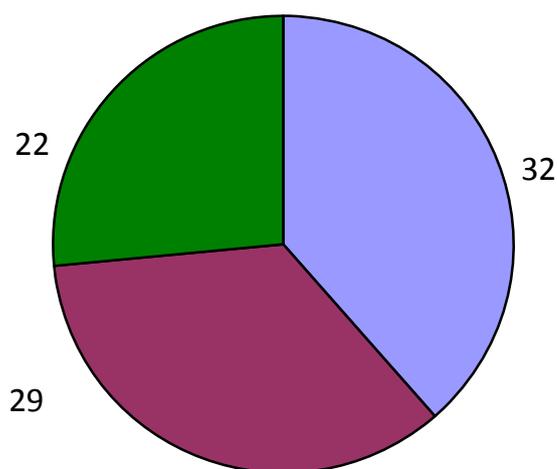
- мотивирование медицинского персонала и родственников пациента к ответственности за повышение качества жизни тяжелобольного пациента;
- поддержку и расширение клинической деятельности медицинских сестер в обучении родственников правильному уходу за тяжелобольными пациентами;
- ознакомление медицинских сестер и родственников пациентов с инновационными технологиями, используемыми в уходе за тяжелобольными пациентами;
- проведение анализа работы школы здоровья для дальнейшего совершенствования подготовки медицинского персонала и родственников в уходе за тяжелобольным пациентом.

Программа

Вид занятий	Тема	Время
Занятие 1. Потребность в личной гигиене		
Вводная часть	Знакомство с группой.	10 минут
	Открытый диалог с родственниками и медицинским персоналом о проблеме ухода за тяжелобольным пациентом	10 минут
	Современные принципы ухода	10 минут

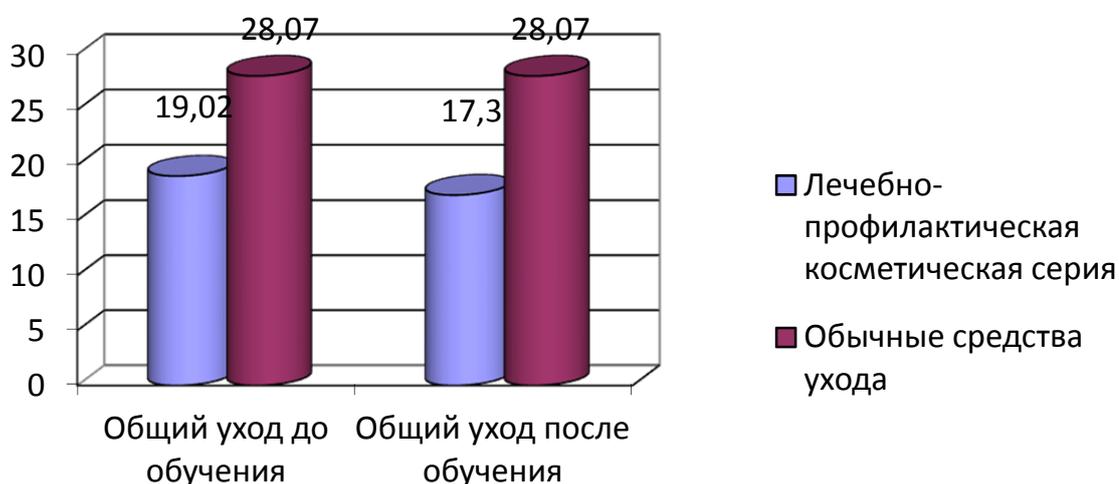
Вид занятий	Тема	Время
Информационная часть	Потребность в личной гигиене: Что такое «личная гигиена»? Тип кожи. Внутренние и внешние факторы, влияющие на кожу. Гигиенические и вспомогательные средства ухода за кожей.	25 минут
Заключение	Подведение итогов первого занятия	5 минут
Занятие 2. Личная гигиена тяжелобольного пациента		
Вводная часть	Ответы на вопросы по теме «Потребность в личной гигиене»	10 минут
Информационная часть	Общая гигиена за кожей тяжелобольного пациента в постели: уход за полостью рта уход за кожей, включая глаза, нос, уши, руки, ноги интимная гигиена уход за волосами	45 минут
Заключение	Подведение второго занятия	5 минут
Занятие 3. Профилактика пролежней		
Вводная часть	Ответы на вопросы по теме «Личная гигиена тяжелобольного пациента»	10 минут
Информационная часть	Профилактика пролежней: Что такое «пролежень»? Места локализации пролежней. Осмотр и наблюдение за кожным покровом визуальный и с помощью «Тест пальцем». Специальный уход за проблемными участками кожи.	45 минут
Заключение	Подведение итогов третьего занятия	5 минут
Занятие 4. Создание безопасной среды		
Вводная часть	Ответы на вопросы по теме «Профилактика пролежней»	10 минут
Информационная часть	Создание безопасной среды. Гигиеническая обработка рук Применение средств индивидуальной защиты	10 минут
	Обобщение пройденного материала. Закрепление навыков ухода на фантоме.	30 минут
Заключение	Подведение итогов работы школы здоровья. Обмен мнениями	10 минут

**Результаты работы школы здоровья
«Правильный уход за тяжелобольным пациентом»**



■ Родственники ■ команда исследователей ■ м/с палатные

За период с 01.10.14 по 31.12.14 было обучено 32 родственника, 29 медицинских сестер участвовавших в исследовании и 22 палатных медицинских сестры стационарных отделений. Медперсоналу, участвовавшему в исследовании, проведен хронометраж потраченного времени по использованию лечебно-профилактической серии во время ухода с инновационными технологиями и ухода обычными средствами.



Вывод: по результатам вычислений можно сделать вывод, что до обучения в школе время ухода за тяжелобольными пациентами с использованием профессиональной косметической серии сокращается на 9 минут 05 секунд, а после обучения на 11 минут 13 секунд. Это говорит о том, что обучение медперсонала в школе по уходу за тяжелобольными пациентами дает положительные результаты, время на уход у обученного персонала сокращается на 2 минуты 08 секунд.

ЧАСТЬ III

ПРИМЕРЫ РАСШИРЕННОЙ СЕСТРИНСКОЙ И АКУШЕРСКОЙ ПРАКТИКИ В ОМСКОМ РЕГИОНЕ

Примеры расширенной сестринской практики, направленные на повышение квалификации медицинских сестер

название примера	«Учебно-методический кабинет как инструмент в накопительной системе повышения квалификации сестринского персонала»
основание для перемен	<p>Накопительная система повышения квалификации представляет собой целенаправленное непрерывное повышение профессиональных знаний, равномерно накапливаемых специалистом в течение профессиональной деятельности. Это одна из форм существующей системы дополнительного профессионального образования, предполагает добровольный выбор специалистом данной формы, отвечает образовательным потребностям в сфере профессиональной деятельности специалиста, запросам рынка труда.</p> <p>Основная цель накопительной системы повышения квалификации заключается в оптимизации качества профессиональной подготовки специалистов со средним и высшим медицинским образованием. Накопительная система учетных баллов дает возможность специалисту самостоятельно развивать творческую активность в конкретных областях профессиональных знаний и позволяет получить квалификационную категорию заочно.</p>
расширение роли	<p>Несколько десятилетий назад информационная революция охватила наш мир, и ни одна организация не избежала ее влияния. Ежедневно мы сталкиваемся с огромным потоком новой информации, которой должен владеть сестринский персонал. Сегодня недостаточно пополнять запас теоретических знаний один раз в 5 лет, в век инноваций необходимо ежедневное получение информации для повышения уровня своих знаний. В условиях временного и материального дефицита сестринский персонал должен иметь возможность постоянно пополнять текущие профессиональные знания, обмениваться накопленным опытом, получать всю необходимую информацию «на месте» и творчески применять ее в своей деятельности. Предоставление консультаций по вопросам всероссийского и международного сотрудничества в сфере здравоохранения, медицинского образования и науки. Оказание методической помощи сестринскому персоналу в осуществлении научно-исследовательской деятельности в области сестринского дела. Создание современной информационной учебной базы, включающей обучающие программы, учебно-методические пособия, регламентирующие</p>

	документы, банк тестовых заданий, библиотеку в т.ч. электронную, видео - и аудио - записи и др. материалы.
инициаторы изменений	ОРОО «Омская профессиональная сестринская ассоциация», президент, члены Правления ОПСА.
научно-обоснованная практика	Информационный мониторинг поступающей информации, отслеживание достижений сестринской практики и изучение возможностей их внедрения в деятельность медицинской организации. Распространение и обмен опытом по инновационным методам и формам работы среди сестринского персонала.
достигнутые новые навыки и компетенции	медицинские сестры приобрели навыки обучения взрослых правилам ухода за тяжелобольным пациентом.
итоги внедрения	<p>В Омской области функционирует 19 учебно-методических кабинетов, в которых работают медицинские сестры.</p> <p>В Омской профессиональной сестринской ассоциации работает учебно-методический центр, функционирует сайт, который посетило</p> <p>На базе ЦПК организованы курсы повышения квалификации на тему «Инновационные подходы к организации педагогической деятельности сестринского персонала в ЛПУ», где проходят обучение медицинские сестры учебно-методических кабинетов</p> <p>Во всех медицинских организациях сестринский персонал участвует в накопительной системе повышения квалификации, ведут портфолио и учетную книжку.</p>
повышение мотивации сестринского персонала	Улучшение и поддержание на должном уровне профессиональной компетентности сестринского персонала и мотивации персонала к использованию информационных технологий (дистанционное обучение, интернет конференции, в ежедневной работе и др.).
Контактное лицо: Имя, должность, место работы, E-mail:	Зорина Татьяна Александровна, президент Омская профессиональная сестринская ассоциация, г. Омск E-mail: mail@opsa.info

название примера	«Технологии сестринского психиатрического сервиса в психосоциальной реабилитации женщин трудоспособного возраста, страдающих непсихотическими аффективными расстройствами»
основание для перемен	По данным ВОЗ отмечается беспрецедентный рост пограничных психических расстройств в большинстве развитых стран мира. Спрос на психиатрическую и психотерапевтическую помощь во всем мире, особенно на амбулаторное лечение, превышает, в последнее десятилетие, спрос на все остальные услуги медицины, хотя психотерапия составляет только 3% от структур оказывающих медицинскую помощь. Число пациентов с непсихотическими депрессивными расстройствами в психотерапевтическом амбулаторном отделении за последние три года возросло на 14 %. В связи с этим возникла необходимость разработки технологий сестринского психиатрического сервиса психосоциальной реабилитации лиц с НППР.
расширение роли	Изменились функциональные обязанности медицинской сестры психотерапевтического амбулаторного отделения, в которые вошли дистанционные формы поддерживающей терапии (телефонное консультирование пациентов), проведение сестринской диагностики донозологических признаков пограничных эмоциональных расстройств, оценка физиологических предикторов тревожно-депрессивных расстройств, проведение индивидуальных (психообразование, индивидуальная рациональная психотерапия, инструментальная поддержка), семейных (семейное консультирование) и групповых («Школа психического здоровья») формах реабилитации пациенток, проведение занятий в «Школа психического здоровья для пациентов пограничного профиля», проведение коммуникативных тренингов и психообразования для пациентов и их родственников.
инициаторы изменений	ОРОО «Омская профессиональная сестринская ассоциация» специализированная секция «Сестринское дело в психиатрии и наркологии», главный врач, главная медицинская сестра, Совет по сестринскому делу БУЗОО «КПБ им. Н.Н. Солодникова», Четвериков Д.В., заведующий психотерапевтическим амбулаторным отделением БУЗОО «КПБ им. Н.Н. Солодникова», д.п.н., к.м.н.
научно-обоснованная практика	Информационный мониторинг поступающей информации, отслеживание достижений сестринской практики в психосоциальной реабилитации и изучение возможностей их внедрения в деятельность медицинской организации. Распространение и обмен опытом по инновационным методам и формам работы

	<p>среди сестринского персонала в сфере психосоциальной реабилитации. Клинико-динамическое наблюдение за пациентами в течение полугода (временной интервал взят нами как минимальный срок противорецидивного лечения при непсихотических аффективных расстройствах) и динамическая оценка параметров качества жизни и социального функционирования. В данном направлении мы использовали "Опросник для оценки социального функционирования и качества жизни", разработанный И.Я. Гуровичем и А.Б. Шмуклером (1998), который был адаптирован для пациенток данного контингента. Динамическое наблюдение за пациентами в течение в течение 6 месяцев.</p>
<p>достигнутые новые навыки и компетенции</p>	<p>Пять медицинских сестер прошли специализированное обучение в «Школе медицинской сестры психиатрической клиники». Медицинские сестры приобрели навыки обучения пациентов, по таким, направляем как диагностика, методы лечение и профилактики пограничных состояний. Медицинские сестры обучены сестринской диагностике донологических признаков пограничных эмоциональных расстройств и динамической оценке параметров качества жизни и социального функционирования пациентов.</p>
<p>итоги внедрения</p>	<p>Разработанная «Школа психического здоровья» для пациентов пограничного уровня позволила пациентам на ранних этапах предотвращать обострение психических заболеваний и сократить процент повторных поступлений пациентов в стационар, также пациенты приобрели своеобразную «медицинскую культуру», они более упорядоченно обращались к врачам общей практики с реальными соматическими заболеваниями, а не в связи с ипохондрическими переживаниями. Также были разработаны и внедрены коммуникативные тренинги: «Позитивный настрой на будущее», «Женское счастье», «Способы нормализации семейной обстановки», психообразование по таким направлениям, как «Жизнь с депрессией», «Соматические маски депрессии и тревоги», «Жизненные кризисы», тренинги: «Анти-депрессанты, их роль в лечении депрессии», «Фармакологические способы лечения тревоги».</p> <p>Разработаны и реализованы тренинги «Возрастные кризисы женщин», «Семейные проблемы и их решение», «Медикаменты и семейный стиль».</p>

улучшение качества ухода	Технологии сестринского психиатрического сервиса в психосоциальной реабилитации женщин трудоспособного возраста, страдающих непсихотическими аффективными расстройствами стабилизирует аффективное состояние его субъектов, способствует нормализации эмоционального фона личности и вносит существенный вклад в превенцию пограничных психических расстройств. По результатам опроса почти в ста процентах случаев пациенты и их родственники удовлетворены качеством разработанных технологий сестринского психиатрического сервиса и считают необходимым функционирования не только в психиатрической клинике, но и в других общесоматических медицинских организациях.
Контактное лицо: Имя, должность, место работы, E-mail:	Воронкова Татьяна Анатольевна, старшая медицинская сестра психотерапевтического амбулаторного отделения БУЗОО «КПБ им. Н.Н. Солодникова» г. Омск E-mail: t.voronkova.82@mail.ru

название примера	«Влияние современных средств ухода на уровень тревожности пожилых пациентов с урогенитальными проблемами»
основание для перемен	Одной из проблем пожилого возраста, которую пациенты порой считают возрастной особенностью и тщательно её скрывают, является недержание мочи. С возрастом увеличивается количество людей с различными расстройствами функций мочевого пузыря. По статистике, свыше 60% людей старше 60 лет подвержены проблемам потери мочи – в той или иной форме. Некоторые эксперты называют меньшие цифры, но факт остается фактом: чем старше человек, тем больше риск возникновения этой проблемы. Недержание мочи у лиц пожилого возраста – это существенная проблема, как медицинского, так и явно психологического характера. За период 01.01.13г.-31.06.13г. в условиях терапевтического отделения ГВВ пролечено 233 пациента с урогенитальными проблемами старше 70 лет. Низкая информированность пожилых людей по решению данной проблемы, приводит к самоизоляции, сужение круга общения, отказ от любимых увлечений и возникновение чувства неполноценности и тревожности, в связи с чем возникла необходимость обучения пациентов использованию современных средств ухода для решения урогенитальных проблем.

расширение роли	Все пациенты страдающие недержанием мочи проходят обучение в школе «Решение деликатной проблемы при недержании мочи». Работу в школе ведут специалисты сестринского дела, имеющие свидетельство по программе обучения в компании «Пауль Хартманн Сибирь» по теме «Недержание. Школа поведенческой терапии. Лечебная физкультура при недержании». Для обучения пациентов используются презентации с мультимедийным сопровождением и видеофильмы. Демонстрируются средства ухода с разъяснением их применения.
инициаторы изменений	ОРОО «Омская профессиональная сестринская ассоциация», II проект «Исследования в сестринском деле 2013-2014 гг.», БУЗОО «ГВВ», главный врач, главная медицинская сестра
научно-обоснованная практика	В рамках II проекта ОПСА «Исследования в сестринском деле 2013-2014 гг.», проводилось исследование «Снижение степени тревожности у пожилых пациентов с урогенитальными проблемами при применении современных средств ухода».
достигнутые новые навыки и компетенции	Все медицинские сестры госпиталя прошли обучение в «Школе инновационных технологий ухода за тяжелобольным пациентом», где более подробно изучили современные средства ухода для решения урогенитальных проблем, правила их применения с отработкой технологий гигиенических медицинских услуг. Для совершенствования оказания помощи лицам пожилого и старческого возраста с урогенитальными проблемами, необходимо систематически повышать уровень знаний медицинских сестер по данной проблеме.
итоги внедрения	Использование современных средств ухода улучшает качество жизни пациентов и существенно снижает уровень тревожности Применение гигиенических абсорбирующих средств обеспечивает психологический комфорт и повышает жизненную активность.
улучшение качества ухода	Пациенты отметили положительные моменты использования средств: исчез страх за внешний вид, появилась возможность свободного перемещения, отсутствие специфического запаха, одним словом пожилые люди стали более адаптированы к своей проблеме. Многие из них прошли обучение в школе «Решение деликатной проблемы при недержании мочи», где получили ответы на все волнующие вопросы и рекомендации на дом.
Контактное лицо: Имя, должность, место работы, E-mail:	Ромазанова Наиля Фаритовна, медицинская сестра палатная терапевтического отделения БУЗОО «Госпиталь для ветеранов войн», Омск E-mail: ranefa@mail.ru

название примера	«Эффективность школы здоровья для пациентов, страдающих туберкулезом в сочетании с психическими расстройствами»
основание для перемен	<p>В настоящее время эффективность лечения больных туберкулезом даже после внедрения в ряде территорий контролируемой терапии, к сожалению, остается низкой. Туберкулез, и, в еще большей степени, психическое расстройство, относятся к заболеваниям, которые вызывают отгороженность, дистанцированность и дискриминацию психически больных со стороны общества. Реакцией больного на стигматизацию общества является его самостигматизация и отсутствие мотивации к лечению. В связи с этим возникла необходимость в обучении пациентов и их родственников методам диагностики, лечения и профилактики туберкулеза, снижению неблагоприятного влияния на здоровье поведенческих факторов риска (вредные привычки, питание, образ, и т.д.) и психологической и социальной поддержки.</p>
расширение роли	<p>В течение рабочего времени медицинская сестра не может уделить один час времени для обучения пациентов и их родственников. Было принято решение о создании «Школы здоровья для психически больных, страдающих туберкулезом легких». Выделено помещение, созданы условия для обучения. Обучение пациентов проводится по мультидисциплинарному принципу и в зависимости от тематик в Школе. Занятия в Школе здоровья носят циклический характер и проводятся в интерактивной форме. Основной формой обучения пациентов являются специализированные, образовательные группы (закрытые). Численность слушателей в группе – 6-8 человек. Продолжительность обучения – 1,5-2 мес., число занятий - 8, продолжительность занятия – 1 час. Обучение проводится по программе, которая включает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - формирование у пациентов стимулов к выздоровлению и соблюдению режима химиотерапии, - преодоление когнитивных нарушений, связанных с психическим расстройством, в отношении хронической инфекционной патологии легких, - профилактика и коррекция маргинализации пациентов с психическими расстройствами, коморбидными туберкулезу, - профилактика аддиктивных тенденций у пациентов с психическими расстройствами, коморбидными туберкулезу, - повышение образовательного уровня персонала, принимающих участие в лечении и реабилитации психически больных с коморбидной инфекционной патологией.

инициаторы изменений	ОРОО «Омская профессиональная сестринская ассоциация», специализированная секция «Сестринское дело в психиатрии и наркологии», главный врач, главная медицинская сестра БУЗОО «КПБ им. Н. Н. Солодникова».
научно-обоснованная практика	Со всеми слушателями школы проводилось анкетирование по оценке знаний о заболевании (на первом и последнем занятии), качество обучения в Школе (на последнем занятии), а также анкетирование с целью выявления отношения пациента к болезни, социальной поддержке и медицинскому персоналу. В виду отсутствия возможности проследить продолжение лечения пациента на амбулаторном этапе после выписки из стационара, были взяты за основу такие показатели, как количество прервавших лечение в связи с выпиской и повторных поступлений в стационар (по психическому состоянию). Проводился персональный учет посещаемости, результаты анкетирования пациентов вносились в электронную базу слушателей школы.
достигнутые новые навыки и компетенции	Медицинские сестры приобрели навыки обучения пациентов и их родственников правилам ухода, диагностики, лечения и профилактики туберкулеза и психического заболевания.
итоги внедрения	<p>Анализ анкетирования слушателей по оценке знаний о заболевании на первом и последнем занятии показал, что до начала занятий в группе только 46% пациентов знали, чем они болеют (100%), 12% пациентов не знали, есть ли у них бактерицидные выделения и опасны ли они (2%), 63% не могли выделить симптомов заболевания (1%), 81% пациентов - не знали о необходимости соблюдения фармакотерапии после выписки из стационара (2%), 87% не имели представления о правилах личной гигиены (1%), 44% не знали, сколько времени им нужно, чтобы вылечиться (8%) и 12% не доверяли лечащему(1%).</p> <p>После обучения в школе, уровень информированности пациентов о своём заболевании повысился на 48%. В процессе занятий пациенты научились распознавать болезненные проявления в самом начале их возникновения. 96% узнали больше о своем заболевании, факторах риска, профилактике и образе жизни, и только 4% пациентов ответили, что уже владели данной информацией за исключением соблюдения санитарно-эпидемиологического режима (правильности обработки предметов личной гигиены, посуды и т.д.). Качество обучение, как «хорошее» оценили 78% слушателей, «отличное»-18%, «удовлетворительное»-4%. Причем для большинства (82%) пациентов отделения оказалось наиболее важным общение с другими па-</p>

	<p>циентами, в ходе которого они могли получить необходимую им моральную поддержку, а также возможность поделиться своими проблемами. Положительная оценка обучающихся стала своеобразным стимулом к совершенствованию имеющихся навыков у медицинских сестер, изучению специальных инновационных методов ухода и расширению их функций.</p>
<p>улучшение качества ухода</p>	<p>Улучшилась социально-бытовая и психологическая адаптация пациентов в семье. Снизилась потребность пациентов в стационарной помощи и социальном обслуживании. По результатам опроса почти в ста процентах случаев родственники пациентов удовлетворены качеством обучения и считают необходимым функционирования этой школы.</p>
<p>Контактное лицо: Имя, должность, место работы, E-mail:</p>	<p>Романец Инна Геннадьевна, медицинская сестра палатная Калугина Татьяна Александровна, старшая медицинская сестра, психиатрического туберкулезного отделения № 15, БУЗОО «КПБ им. Н.Н. Солодникова» г. Омск E-mail: inna.kalnykh@gmail.com</p>

Примеры расширенной сестринской практики, направленные на профилактику синдрома эмоционального выгорания

название примера	«Комплексный подход к профилактике эмоциональных нарушений у лиц трудоспособного возраста»
основание для перемен	<p>Доминирующей задачей психотерапии в общественно ориентированной психиатрии становится раннее выявление и активная терапия на начальных этапах пограничных расстройств, для предотвращения их хронизации, уменьшения трудопотерь, инвалидизации. и повышение уровня качества жизни. В этой связи возникает необходимость комплексного подхода раннего выявления состояний психоэмоционального напряжения, которые предшествуют пограничным психическим расстройствам. Особую роль в данном аспекте лечебно-профилактической работы играют медицинские сестры. Известно, что персонал МО в сфере психического здоровья подвергается профессиональному стрессу, связанному с повышенными требованиями к взаимодействию с психическими больными людьми и особыми условиями процесса курации. Высокий уровень эмоционального выгорания оказывает отрицательное влияние на общий уровень функционирования пациентов и их качества жизни. В связи, с чем было принято решение о создании комплексного подхода к профилактике эмоц. нарушений у лиц трудоспособного возраста.</p>
расширение роли	<p>Изменились функциональные обязанности медсестры психотерапевтического амбулаторного отделения, а именно, сбор сестринского анамнеза с акцентом на сложные психосоциальные ситуации, среди которых существенное значение имеют семейные проблемы, колебание социально-экономического статуса, бытовые и профессиональные неурядицы. Формирование у медсестры навыков доврачебной коррекции проблемного реагирования на психосоциальные обстоятельства. Обучение медицинских сестер навыкам само - и взаимодиагностики первых признаков социально-стрессовых расстройств. Профилактика пограничных эмоциональных нарушений в сестринских коллективах за счет выстраивания доброжелательной, комфортной профессиональной среды; разрешение на ранних стадиях производственных сложностей и конфликтов.</p> <p>Участие медсестер в лечебно-реабилитационных мероприятиях у пациентов с пограничными расстройствами, а также у лиц соматоневрологическими заболеваниями и коморбидными тревожно-депрессивными нарушениями</p>

инициаторы изменений	ОРОО «Омская профессиональная сестринская ассоциация» специализированная секция «Сестринское дело в психиатрии и наркологии», главный врач, главная медицинская сестра, Совет по сестринскому делу БУЗОО «КПБ им. Н.Н. Солодникова», Четвериков Д.В., заведующий психотерапевтическим амбулаторным отделением БУЗОО «КПБ им. Н.Н. Солодникова», д.п.н., к.м.н.
научно-обоснованная практика	В целях объективизации результатов исследования были использованы следующие методы: клинико-катамнестическое изучение пациентов и участников образовательных программ, экспериментально-психологическое исследование, динамическое скрининг-диагностическое с использованием психометрических шкал.
достигнутые новые навыки и компетенции	<p>В ходе семинара-тренинга 21 медицинская сестра в удовлетворительной степени освоила навыки первичной психотерапевтической помощи и включила в свою повседневную работу элементы релаксационной и телесно-ориентированной психотерапии, психодраммы. При проведении групповой релаксационной и телесно-ориентированной терапии, медицинские сестры включались вместе с врачами – психотерапевтами, выполняя, таким образом, функцию ко-терапевта.</p> <p>При проведении специализированных школ, по профилактике эмоционального выгорания среди медицинских работников, эмоциональное состояние участников улучшилось: явления физического и психического дискомфорта практически исчезли, появилось чувство собранности и готовности к работе, и снизился уровень увольнения медицинских сестер, уровень формально выгоревших медицинских сестёр упал 2,6 раза.</p>
итоги внедрения	Сестринская диагностика психоэмоциональных нарушений у пациентов должна проводиться на всех этапах первичной, многопрофильной и специализированной медицинской помощи. Профилактические мероприятия в отношении психоэмоциональных проблем у тематических групп (лица с психосоциальными стрессами, больные с пограничными психическими расстройствами) должны проводиться на комплексной основе с активным участием медицинских сестер в контексте полипрофессиональной помощи. Профилактические программы в отношении медицинских работников в любой медицинской организации должны стать неотъемлемой частью системы оздоровления медицинского персонала.
улучшение качества ухода	Комплексный подход к профилактике психоэмоциональных проблем стабилизирует аффективное состояние его субъектов, способствует нормализации эмоционального фона личности

	и вносит существенный вклад в предотвращение пограничных психических расстройств. Участие медицинских сестер в психосоциальной профилактике и реадaptации у лиц с кризисными состояниями и пограничными психическими расстройствами в значительной степени повышает эффективность лечебно-реабилитационных программ. Специализированные превентивные программы, входящие в разработанный комплекс, существенно повышают профессиональное здоровье медицинских сестер и, опосредованно, эффективность функционирования медицинской организации.
Контактное лицо: Имя, должность, место работы, E-mail:	Воронкова Татьяна Анатольевна, старшая медицинская сестра психотерапевтического амбулаторного отделения БУЗОО «КПБ им. Н.Н. Солодникова» г. Омск E-mail: t.voronkova.82@mail.ru

название примера	«Способы немедикаментозного снижения уровня психоэмоциональных расстройств у пациентов наркологического профиля»
основание для перемен	В процессе формирования алкогольной зависимости у пациентов происходит тяжелая деформация психоэмоциональной сферы, что отрицательно влияет на уровень качества жизни. Изменение личности в период заболевания, нестабильность психоэмоционального состояния усугубляет течение заболевания, отрицательно влияет на все сферы жизнедеятельности пациента. В связи с чем встал вопрос о создании реабилитационной программы для пациентов находящихся в наркологическом стационаре.
расширение роли	Рабочий день медицинской сестры распisan по минутам, нагрузки на сегодняшний момент усугубляются такой проблемой, как дефицит кадров. И одной из задач которую мы ставили перед собой - это разработка такой программы, которая бы не усугубила и без того непростую ситуацию. Данная программа и элементы психотерапии хорошо совместились с уже имеющимся распорядком дня и должностными обязанностями медицинской сестры. Обучение проходит по программе, которая включает в себя: групповую работу, элементы индивидуальной работы, демонстрацию видеоматериала, проведение гигиенического воспитания и пропаганды ЗОЖ с последующим перенесением прослушанного материала на рисунок и занятия оригами.

инициаторы изменений	ОРОО «Омская профессиональная сестринская ассоциация», II проект «Исследования в сестринском деле 2013-2014 гг.» БУЗОО «Наркологический диспансер», главный врач, главная медицинская сестра.
научно-обоснованная практика	Тестирование пациентов (госпитальная шкала тревоги и депрессии (A.S. Zigmond, R.P. Snaithe); методика «Определение уровня тревожности» (Ч.Д. Спилбергер, Ю.Л. Ханин); диагностика личностной агрессивности (Е.П. Ильин, П.А. Ковалев); SF-36 (The Short Form -36).
достигнутые новые навыки и компетенции	Медицинские сестры приобрели навыки обучения пациентов справляться с их психоэмоциональными расстройствами через психотерапевтические методики.
итоги внедрения	Показатели госпитальной шкалы тревоги и депрессии шкалам на 7 день нахождения в стационаре снижается до субклинически выраженной депрессии и тревоги. Уровень тревожности по методике Ч.Д. Спилбергера и Ю.Л. Ханина показало следующее: на 7 день нахождения в стационаре по шкале ситуативная (реактивная) тревога, характеризуются как умеренная тревожность, а показатели по шкале личностная тревога, характеризуются как высокая тревожность. Данная ситуация меняется с 14 по 21 день, показатели в группе сравнения растут, показатели же в основной группе наоборот падают. Диагностика личностной агрессивности Е.П. Ильина, П.А. Ковалева с 7 по 21 день в группе сравнения имеют тенденцию к росту, а показатели основной группы имеют тенденцию к уменьшению.
улучшение качества ухода	Данная программа направлена на снижение психоэмоциональных расстройств у пациентов в период пребывания в наркологическом стационаре, а также на организацию досуга пациентов и, как следствие, на положительный настрой, на дальнейшее прохождение лечения по реабилитационным программам. По результатам опроса в 99,8% случаев пациенты удовлетворены качеством и необходимостью данной программы на госпитальном этапе.
Контактное лицо: Имя, должность, место работы, E-mail:	Чаркова Оксана Геннадьевна, старшая медицинская сестра амбулаторно-поликлинической службы БУЗОО «Наркологический диспансер» г. Омск E-mail: fatum03@mail.ru

**Примеры расширенной сестринской практики,
направленные на обучение пациентов и их родственников**

название примера	«Обучение пациентов дифференцированному самостоятельному выполнению ими индивидуальных мероприятий, направленных на снижение уровня болевого синдрома полости рта после курса химиотерапии»
основание для перемен	БУЗОО «ГКБ № 1 им. Кабанова А.Н.» в гематологическом отделении 90% пациентов, получивших химиотерапию, испытывают болевой синдром в полости рта. Для улучшения качества жизни данной группы пациентов возникла необходимость в обучении пациентов, направленном на снижение уровня болевого синдрома.
расширение роли	В течение рабочей смены медицинская сестра палатная проводит обучение с пациентами, получившими химиотерапию. Обучение проводится индивидуально, учитывая разный уровень болевого синдрома, а также общее самочувствие пациента. Обучение проводится по программе, которая включает: визуальный осмотр и контроль состояния полости, проведение профилактического и гигиенического ухода за полостью рта, снижение уровня боли при помощи отвлекающих средств, полноценное питание после химиотерапии.
инициаторы изменений	ОРОО «Омская профессиональная сестринская ассоциация», II проект «Исследования в сестринском деле 2013-2014 гг.», БУЗОО «ГКБ № 1 им. Кабанова А.Н.», главный врач, заместитель главного врача по работе с сестринским персоналом.
научно-обоснованная практика	В рамках II проекта ОПСА «Исследования в сестринском деле 2013-2014 гг.», проведено исследование «Снижение уровня болевого синдрома в полости рта после химиотерапии в отделении гематологии». Внедрена комплексная обучающая программа для снижения уровня болевого синдрома в полости рта у пациентов после курса химиотерапии.
новые навыки и компетенции достигнутые персоналом	Обучение пациентов становится необходимым условием для лечения пациентов. Медицинская сестра, которая грамотно и на доступном уровне, проводит обучение с пациентом, постоянно совершенствуется в своих навыках. Каждый пациент индивидуален, что создает мотивацию для дальнейшего изучения специальных методов.
итоги внедрения	Интенсивность боли в полости рта у пациентов на 4-тый день индивидуального обучения значительно снизилось.

улучшение качества ухода	У пациентов повысилась мотивация к активному участию в лечении, изменению образа жизни. Все это позволило достигнуть значительного улучшения в состоянии здоровья пациентов.
Контактное лицо: Имя, должность, место работы, E-mail:	Ильиных Елена Викторовна, старшая медицинская сестра гематологического отделения БУЗОО «ГКБ № 1 им. Кабанова А.Н.», г. Омск E-mail: lenusya1509@mail.ru

название примера	«Обучение пациентов, перенесших ампутацию нижних конечностей, самостоятельному уходу и ранней активизации их физического состояния на госпитальном этапе»
основание для перемен	За последние три года на 56,25% увеличилось количество пациентов, прооперированных по поводу ампутации нижних конечностей. После операции пациенты испытывают ряд доминирующих проблем, в 100% случаев – это нарушение двигательной активности и беспомощность из-за дефицита самостоятельного ухода. В связи, с чем возникла необходимость в освоении новой роли медицинской сестры палатной - обучение пациентов самостоятельному уходу и ранней активизации их физического состояния
расширение роли	Изменились функциональные обязанности медицинской сестры палатной, в которые вошло обучение пациентов самостоятельному уходу на госпитальном этапе. Медицинская сестра обучает пациента специальному уходу за состоянием культи и повязки, личной гигиене в постели, дыхательной и лечебной гимнастике для ранней активизации, профилактике пролежней. Ежедневно в график работы включено 30 минут времени для проведения занятий с пациентом. Результаты обучения заносятся в сестринскую карту и анализируются.
инициаторы изменений	ОРОО «Омская профессиональная сестринская ассоциация», I проект «Исследования в сестринском деле 2011-2012 гг.», БУЗОО «Городская клиническая больница №1 им. Кабанова А.Н.», главный врач, заместитель главного врача по работе с сестринским персоналом.
научно-обоснованная практика	В рамках I проекта ОПСА «Исследования в сестринском деле 2011-2012 гг.», проведено исследование «Трансформация ухода за пациентами, перенесшими ампутацию нижних конечностей. Контроль физического состояния». Внедрена программа физической реабилитации направленная на обучение пациентов навы-

	кам по преодолению физических проблем и повышению качества жизни.
новые навыки и компетенции достигнутые персоналом	Обучение пациентов самостоятельному уходу на госпитальном этапе с целью улучшения качества жизни, актуальная задача современного здравоохранения, которая доказывает, что в медицинских организациях необходимо вводить должности медицинских сестер по обучению пациентов перенесших оперативные вмешательства, самостоятельному уходу и адаптации к новым условиям жизни в окружающей среде.
итоги внедрения	Физическая активность пациентов перенесших ампутацию нижних конечностей наступила на 4 дня быстрее. Пациенты приступали к использованию костылей на 6 дней раньше. Сроки заживления раны сократились на 4 дня. Снизились экономические затраты на лечение.
улучшение качества ухода	У пациентов повышается мотивация к активному участию в лечении и преодолении физических проблем, изменению образа жизни в новых условиях окружающей среды и, следовательно, повышается качество их жизни. По результатам опроса (99,5% случаев) пациенты удовлетворены качеством и необходимостью в обучении на госпитальном этапе.
Контактное лицо: Имя, должность, место работы	Клименок Марина Анатольевна, старшая медицинская сестра отделения гнойной хирургии БУЗОО «ГКБ № 1 им. Кабанова А.Н.», г. Омск

название примера	«Новая роль медицинской сестры – обучение родственников уходу за тяжелобольным пациентом на дому»
основание для перемен	В Областной клинической больнице в отделении с острым нарушением мозгового кровообращения, 80% пациентов поступают в тяжелом и крайне тяжелом состоянии. Проведя социологический опрос с родственниками пациентов оказалось, что 88 % не знают, как осуществлять уход за родственником на дому, после выписки из стационара. В связи с этим возникла необходимость в обучении родственников уходу за пациентами на дому.
расширение роли	В течение рабочего времени медицинская сестра не может уделить один час времени для обучения родственника пациента правилам ухода. Было принято решение о создании школы «Правильный уход за тяжелобольным пациентом», по обучению родственников пациентов уходу на дому. Выделено помещение, созданы условия для обучения, имеет фантомом для проведе-

	<p>ния тренингов, современные средства по уходу. Школа работает 3 раза в неделю, обучение осуществляет 6 медицинских сестер в свободное от работы время, занятие длится в течение 1 часа. Для обучения правилам ухода приглашаются родственники пациентов находящихся на лечении в стационаре в отделении ОНМК не более 4-5 человек. Обучение проводится по программе, которая включает: оценку состояния кожи пациента и методы контроля, профилактику осложнений и травматизма, осуществление общего и специального ухода, профилактику пролежней.</p>
инициаторы изменений	<p>ОРОО «Омская профессиональная сестринская ассоциация», II проект «Исследования в сестринском деле 2013-2014 гг.», БУЗОО «Областная клиническая больница», главный врач, главная медицинская сестра.</p>
научно-обоснованная практика	<p>В рамках II проекта ОПСА «Исследования в сестринском деле 2013-2014 гг.», проводится исследование «Снижение риска возникновения пролежней с помощью сестринских вмешательств». Улучшение качества жизни тяжелобольного человека в привычной для него домашней обстановке в окружении семьи, снижение потребности в услугах медицинской организации и учреждения социальной службы.</p>
достигнутые новые навыки и компетенции	<p>медицинские сестры приобрели навыки обучения взрослых правилам ухода за тяжелобольным пациентом.</p>
итоги внедрения	<p>На базе школы подготовлено 239 медицинских сестер из медицинских организаций. Повысилась мотивация медицинских сестер стационарных отделений других профилей к обучению родственников уходу за тяжелобольным человеком. Обучено правилам ухода за пациентами 112 человек - родственников пациентов. Уровень знаний родственников об уходе до обучения в школе составлял 25,3%, после обучения повысился на 66,7%. Улучшилось качество ухода за тяжелобольным пациентом на дому. Положительная оценка обучающихся стала своеобразным стимулом к совершенствованию имеющихся навыков у медицинских сестер, изучению специальных инновационных методов ухода и расширению функций.</p>
улучшение качества ухода	<p>Улучшилась социально-бытовая и психологическая адаптация тяжелобольных пациентов в семье. Снизилась потребность тяжелобольных пациентов в стационарной помощи и социальном обслуживании. По результатам опроса почти в ста процентах случаев родственники пациентов удовлетворены качеством</p>

	обучения и считают необходимым функционирование школ в медицинских организациях.
Контактное лицо: Имя, должность, место работы, E-mail:	Яценко Марина Анатольевна, старшая медицинская сестра отделения колопроктологии БУЗОО «Областная клиническая больница», г. Омск E-mail: yama71-71@mail.ru

**Примеры расширенной сестринской практики,
направленные на улучшение качества медицинской помощи
с помощью внедрения инноваций**

название примера	«Снижение количества венепункций у пациентов при проведении процедуры дискретного плазмафереза»
основание для перемен	Инфузионная терапия является наиболее часто используемым инвазивным методом лечения, без которого невозможно качественное проведение процедуры дискретного плазмафереза. При проведении длительной инфузионной терапии, которая включает предперфузионную подготовку, возврат компонентов крови в кровеносное русло и замещение удаленного объема плазмы, имеются случаи повторных венепункций, что связано с риском развития осложнений и тяжело переноситься пациентами. В связи с этим возникла необходимость улучшения качества проведения инфузионной терапии путем снижения количества повторных венепункций при проведении процедуры дискретного плазмафереза.
расширение роли	Изменился алгоритм подготовки и проведения инфузионной терапии во время процедуры дискретного плазмафереза. Сосудистый доступ при проведении инфузионной терапии осуществляется медицинской сестрой посредством катетеризации периферических вен. Медицинская сестра объясняет пациенту и/или членам семьи/официальным представителям необходимость сообщать врачу или медицинской сестре о чувствах жжения, болезненности, покраснении, подтекании, припухлости в месте установки ПВК; а также обучает пациента необходимым мерам предосторожности для предотвращения смещения или удаления катетера, а также механического повреждения вены. Результаты катетеризации заносятся в лист наблюдения за периферическим венозным катетером и анализируются.
инициаторы изменений	ОРОО «Омская профессиональная сестринская ассоциация», II проект «Исследования в сестринском деле 2013-2014 гг.», главный врач, заместитель главного врача по работе с сестринским персоналом БУЗОО «Городская клиническая больница №1 им. Кабанова А.Н.».
научно-обоснованная практика	В рамках II проекта ОПСА «Исследования в сестринском деле 2013-2014 гг.», проводится исследование «Снижение количества венепункций у пациентов при проведении процедуры дискретного плазмафереза». Снижение количества выполняемых по-

	вторных венепункций и уменьшение потенциальной опасности для пациентов, связанной с риском развития осложнений инфузионной терапии во время процедуры дискретного плазмафереза.
достигнутые новые навыки и компетенции	Медицинские сестры усовершенствовали навыки по обеспечению и поддержанию периферического доступа.
итоги внедрения	Повысилось качество проведения процедуры дискретного плазмафереза путем снижения количества осложнений. Снизилось количество выполняемых повторных венепункций. Минимизировалась психологическая нагрузка на пациентов.
улучшение качества ухода	У пациентов уменьшилась потенциальная опасность, связанная с риском развития осложнений во время процедуры дискретного плазмафереза. По результатам опроса пациентов: двигательная активность, свободное положение и комфорт во время процедуры дискретного плазмафереза почти в ста процентах случаев повышают качество их жизни.
Контактное лицо: Имя, должность, место работы, E-mail:	Егорова Анастасия Юрьевна, медицинская сестра - анестезист отделения анестезиологии БУЗОО «ГКБ №1 им. Кабанова А.Н.», г. Омск E-mail: Dianna-omsk@yandex.ru

название примера	«Безопасность периферического венозного доступа в гериатрической практике»
основание для перемен	Безопасность периферического венозного доступа у пациентов пожилого и старческого возраста является одной из актуальных и сложных проблем в профессиональной деятельности медицинских сестер. При обеспечении периферического венозного доступа в течение плановой госпитализации в Госпитале для ветеранов войн за 2012 год на 1 пациента приходилось 22,37 венепункций. У гериатрического пациента при обеспечении и поддержании периферического венозного доступа возникает ряд трудностей, связанных с возрастными изменениями кожи и венозных сосудов. Медицинская сестра должна максимально устранить влияние факторов риска на пациента и создать условия, которые обеспечат пациенту безопасность во время внутривенных манипуля-

	ций с помощью использования периферических венозных катетеров.
расширение роли	К функциональным обязанностям медицинской сестры добавилось обязательное владение техникой постановки периферического венозного катетера. Медицинская сестра осуществляет уход и наблюдение за катетером, данные фиксирует в «Протоколе катетеризации периферических вен». Катетеризация периферических вен позволяет экономить время медицинского персонала, т.к. сокращается количество венепункций, внутривенные инъекции проводятся безыгольным методом через инъекционный порт катетера, забор венозной крови осуществляется с помощью вакуумной системы. Наличие постоянного венозного доступа облегчает медицинской сестре проведение неотложной помощи.
инициаторы изменений	ОРОО «Омская профессиональная сестринская ассоциация», II проект «Исследования в сестринском деле 2013-2014 гг.», главный врач, главная медицинская сестра БУЗОО «ГВВ».
научно-обоснованная практика	В рамках II проекта ОПСА «Исследования в сестринском деле 2013-2014 гг.», проводилось исследование «Безопасность периферического венозного доступа в гериатрической практике». Разработаны и внедрены методические рекомендации по обеспечению и поддержанию периферического венозного доступа, акцентированные на особенностях постановки, ухода и профилактики осложнений у пациентов пожилого и старческого возраста. Внедрение рекомендаций позволило улучшить качество оказываемой медицинской помощи данной группе пациентов.
достигнутые новые навыки и компетенции	Все медицинские сестры обучены по разработанным методическим рекомендациям «Обеспечение и поддержание периферического венозного доступа (особенности в гериатрической практике)».
итоги внедрения	Инфузионная терапия посредством периферического венозного катетера позволяет уменьшить количество венепункций на 83%, неудачных попыток для венепункций на 50% и частоту возникновения осложнений на 56%. При использовании периферических венозных катетеров уменьшилось количество внутримышечных инъекций на 41% благодаря замене внутримышечной антибиотикотерапии на внутривенную.
улучшение качества ухода	Введение в гериатрическую практику катетеризации периферических вен позволило проводить инфузионную терапию более комфортно для пациента (безболезненное подключение к шприцу или системе, свободное положение во время инфузии). Замена внутримышечной антибиотикотерапии на внутривенную

	привела в свою очередь, с одной стороны – к снижению болевых ощущений и риску развития потенциально возможных осложнений от введения препаратов в мышцу, с другой – способствовала более быстрому и эффективному введению точной дозы лекарственного препарата в кровяное русло.
Контактное лицо: Имя, должность, место работы, E-mail:	Шмелева Елена Викторовна, медицинская сестра палатная хирургического отделения БУЗОО «Госпиталь для ветеранов войн», г. Омск E-mail: ya.shmelewa-elena@ya.ru

название примера	«Снижение трудозатрат медицинской сестры при применении современных инфузионных систем»
основание для перемен	Инфузионная терапия играет важную роль в современной медицине, поскольку ни одно серьёзное заболевание не обходится в своём лечении без проведения инфузионной терапии. Инфузии различных растворов решают широчайший спектр задач при оказании помощи пациентам от локального введения лекарственных веществ до поддержания жизнедеятельности всего организма. Инфузионная терапия на сегодняшний день является самой распространённой среди медицинских услуг. В ОРИТ в год выполняется около 25-ти тысяч инфузий и количество их с каждым годом возрастает, что влечёт за собой увеличение нагрузки на медицинскую сестру. В отделении реанимации за сбор инфузионных систем и контроль над стабильностью инфузионных линий входит в обязанности медицинской сестры и занимает значительную часть её рабочего времени. Снижение трудозатрат на этот раздел деятельности позволит медицинской сестре уделить больше внимания на выполнение мероприятий по уходу за пациентом, тем самым, улучшив качество оказания медицинской помощи пациентам отделения.
расширение роли	Современные инфузионные системы отвечают самым высоким требованиям безопасности и обеспечивают максимальное удобство при эксплуатации, а их использование профилактирует риск развития серьёзных угрожающих жизни пациента осложнений.
инициаторы изменений	ОРОО «Омская профессиональная сестринская ассоциация», II проект «Исследования в сестринском деле 2013-2014 гг.», главный врач, главная медицинская сестра БУЗОО «ГК БСМП №1».

научно-обоснованная практика	В рамках II проекта ОПСА «Исследования в сестринском деле 2013-2014гг.», проведено исследование «Снижение трудозатрат медицинской сестры при применении современных инфузионных систем». Оптимизация работы медицинской сестры при проведении инфузионной терапии с помощью современных инфузионных систем позволяет уменьшить её трудозатраты на проведение инфузии.
достигнутые новые навыки и компетенции	Благодаря оснащению отделения современными средствами ухода за пациентами и высокотехнологичным оборудованием значительно облегчается труд медицинской сестры, тем самым делает его более привлекательным для молодых специалистов.
итоги внедрения	В отделении реанимации за сбор инфузионных систем и контроль над стабильностью инфузионных линий входит в обязанности медицинской сестры и занимает значительную часть её рабочего времени. Снижение трудозатрат на этот раздел деятельности позволит медицинской сестре уделять больше внимания на выполнение мероприятий по уходу за пациентом, тем самым, улучшив качество оказания медицинской помощи. Внедрение в практическую деятельность медицинской сестры современных систем для вливания инфузионных растворов избавляет медицинскую сестру от многократных замен традиционных инфузионных систем из-за нарушения герметичности инфузионной линии, постоянного сливания лекарственного раствора, порой дорогостоящего. Внедрение современных инфузионных систем в практическую деятельность медицинской сестры позволит значительно повысить качество оказываемых медицинской сестрой услуг и облегчит труд медицинской сестры работающей с тяжелобольными пациентами.
улучшение качества ухода	Современные инфузионные средства более герметичны, не допускают утечки лекарственного вещества, удобны при сборке и эксплуатации, что обеспечивает наименьшую потерю вводимого лекарственного вещества. Медицинская сестра более эффективно использует время на осуществление мониторинга и ухода за пациентами, что особенно важно в условиях отделения реанимации.
Контактное лицо: Имя, должность, место работы, E-mail:	Юркова Юлия Владимировна, старшая медицинская сестра отделения реанимации и интенсивной терапии БУЗОО «ГК БСМП №1», г. Омск E-mai: yulia150181@mail.ru

Примеры расширенной акушерской практики

название примера	«Низкая мотивация будущих мам в кормлении грудью»
основание для перемен	По данным социологического опроса лишь 48% детей до 1 года, мамы которых наблюдались во время беременности в женской консультации БУЗОО «Клинический родильный дом №6» находятся на естественном вскармливании.
расширение роли	Во время приема акушерки не могут уделить достаточное количество времени, чтобы осветить все аспекты грудного вскармливания. В связи с этим было принято решение о создании школы будущих родителей, в рамках которой теме грудного вскармливания было выделено свое место. Занятие проводится акушерками 1 раз в неделю. Длительность занятия 1,5- 2 часа. Для обучения приглашаются беременные женщины с мужьями. Занятие проводится по программе, которая включает в себя такие разделы как состав грудного молока и его польза для ребенка, преимущества грудного вскармливания для мамы, современные перинатальные технологии и основные правила успешного грудного вскармливания, техника прикладывания ребенка к груди, лактационные кризы и способы их преодоления, нагрубание молочных желез, его проявления и выход из ситуации, признаки мастита и возможности дальнейшего кормления, плоские соски-это не приговор, банк грудного молока-для чего он нужен?, принципы питания и режим кормящей мамы, как сохранить грудное вскармливание и выйти на работу.
инициаторы изменений	ОРОО «Омская профессиональная сестринская ассоциация» специализированная секция «Акушерское дело», Совет по акушерскому делу БУЗОО «Клинический родильный дом №6»
научно-обоснованная практика	При разработке плана занятий по грудному вскармливанию был взят за основу приказ ГУЗОО №76 от 16.03.1999 года «Об охране, поощрении и поддержке практики грудного вскармливания в Омской области»
достигнутые новые навыки и компетенции	Акушерки усовершенствовали теоретические знания в вопросах грудного вскармливания, приобрели навыки обучения пациентов, что повысило их компетентность и уверенность в себе.
итоги внедрения	Улучшилось качество проводимых занятий, повысилась их посещаемость

улучшение качества ухода	Знания и навыки, которые получили женщины на занятиях по грудному вскармливанию, сделали их более уверенными в себе, в своих физических и моральных возможностях, а значит, повысили их мотивацию к грудному вскармливанию.
Контактное лицо: Имя, должность, место работы, E-mail:	Копина Айнаш Булатовна, старшая акушерка филиала женской консультации БУЗОО «КРД №6», E-mail: ergen06@mail.ru

название примера	«Роль акушерки при ведении пациенток с плацентарной недостаточностью в условиях акушерского отделения патологии беременности родильного дома»
основание для перемен	В последние годы отмечается рост патологии беременности - плацентарная недостаточность, что составляет 30.6 %. В связи с этим возникла необходимость расширения роли акушерки, ее функциональных обязанностей, при ведении пациенток с данной патологией.
расширение роли	Роль акушерки отделения патологии беременности определяется как информационно психологическая. В период пребывания в стационаре пациентка помимо информации о состоянии своего здоровья и состоянии здоровья своего будущего ребенка, получает от акушерки психологическую помощь и поддержку.
инициаторы изменения	ОРОО «Омская профессиональная сестринская ассоциация» специализированная секция «Акушерское дело», Совет по акушерскому делу БУЗОО «Родильный дом № 4»
научно-обоснованная практика	В акушерском отделении патологии беременности БУЗОО «РД №4 было проведено исследование «Ведение пациенток с плацентарной недостаточностью в условиях круглосуточного стационара». Улучшение качества оказания акушерской и психологической помощи беременным женщинам с плацентарной недостаточностью. Акушерки приобрели навыки обучения пациенток самостоятельному ведению токсикозного листа, проведение теста шевеления плода, использование метода bed-rest. Обучено 100% (610 пациенток).

достигнутые новые навыки и компетенции	Возросла роль акушерки в улучшении оказания акушерской и психологической помощи, ухода за беременными женщинами, что составило 83.6% случаев (509 беременных женщин)
итоги внедрения	У пациенток повышается мотивация к активному участию в лечении и преодолению психологического барьера и, следовательно, повышается качество их лечения, стабилизация эмоционального состояния беременных женщин.
улучшение качества ухода	По результатам исследования у 83.6% беременных компенсировалось состояние плацентарной недостаточности, что позволило пролонгировать беременность до доношенного срока.
Контактное лицо: Имя. должность. место работы.	Селезнева Ирина Борисовна, старшая акушерка акушерского отделения патологии беременности БУЗОО « РД N» 4 ». г. Омска E-mail: selezneva.irina74@mail.ru

Примеры расширенной сестринской практики, направленные на улучшение качества реабилитационной помощи детям

название примера	«Лечебная физическая культура с использованием футбола для развития равновесия у дошкольников с ДЦП»
основание для перемен	<p>Детский церебральный паралич (ДЦП) – заболевание, вызывающее нарушение двигательной активности и неестественное положение тела. С одной стороны, нет способа лечения, дающего возможность восстановить поврежденный мозг. Однако если работать по научно-обоснованной программе, то нервная система, находящаяся в неповрежденном состоянии, может выполнять все свои функции. Реакция равновесия в сочетании со статокинетическими рефлексамы составляют основу развития двигательных функций. Анализ научно-методической литературы показал, что в настоящее время большое внимание уделяется физкультурным занятиям у дошкольников с ДЦП. Вместе с тем, недостаточно работ, направленных на исследование развития равновесия у дошкольников с ДЦП на занятиях лечебной гимнастикой. В связи, с чем возникла необходимость в совершенствовании методики развития равновесия у детей с ДЦП на занятиях лечебной гимнастикой с применением футбола.</p>
расширение роли	<p>Инструктор по лечебной физкультуре проводит занятия с детьми со спастическими формами детского церебрального паралича, включая разработанный комплекс упражнений на футболе, с целью совершенствования координации движений. В карте динамического контроля отмечает изменения в тестах оценивающих координационные способности занимающихся. По окончании курса реабилитации делает выводы о достигнутых результатах.</p>
инициаторы изменений	<p>ОРОО «Омская профессиональная сестринская ассоциация», специализированная секция «Сестринское дело в реабилитации», БУЗОО «Центр медицинской реабилитации», директор.</p>
научно-обоснованная практика	<p>В рамках специализированной секции «Сестринское дело в реабилитации», проведено исследование «Разработка и обоснование методики развития равновесия у дошкольников с ДЦП с применением футбола». Внедрена программа физической реабилитации направленная на совершенствование координационных способностей детей с ДЦП.</p>
достигнутые новые навыки и компе-	<p>Использование методики развития равновесия для дошкольников с ДЦП, усовершенствованной элементами футбольной гимнастики, позволяет разнообразить занятия, вносит эмоцио-</p>

тенции	нальный разряд, способствует активному вовлечению занимающегося в лечебно-педагогический процесс, что значительно повышает эффективность реабилитационных мероприятий.
итоги внедрения	Статистически значимые различия в приросте показателей ($p \leq 0,05$) по пробе Ромберга и тесту «Фламинго» в основной группе (Рис. 1), указывают на то, что фитбол-гимнастика более эффективна в отношении развития равновесия у детей с ДЦП по сравнению со стандартной методикой. Достоверно более высокие темпы снижения показателей оценки походки и «шагающего теста» в основной группе, по сравнению с контрольной, говорят о том, что разработанная методика ЛФК позволяет добиться лучшего эффекта в развитии координационных способностей дошкольников с ДЦП.
улучшение качества ухода	Таким образом, усовершенствованная методика ЛФК для развития равновесия у дошкольников с ДЦП способствовала более качественному улучшению двигательных навыков обследуемых, чем стандартная методика, что позволяет рекомендовать ее в качестве компонента ЛФК в реабилитации детей дошкольного возраста с ДЦП.
Контактное лицо: Имя, должность, место работы, E-mail:	Гайнуллина Динара Тальгатовна, медицинская сестра по массажу отделения реабилитации №2 БУЗОО «Центр медицинской реабилитации», г. Омск E-mail: opsa@mail.info

название примера	«Антигравитационная гимнастика для детей первого года жизни с последствиями перинатального повреждения центральной нервной системы»
основание для перемен	У детей с последствиями перинатального поражения центральной нервной системы (ППЦНС) одним из ведущих проявлений заболевания является задержка редуцирования (угасания) врожденных безусловных рефлексов, что мешает формированию произвольных движений. Поэтому основной задачей ЛФК на данном этапе является своевременное (онтогенетическое) последовательное формирование основных движений. Физиологической основой для этого служит смена безусловных рефлексов на условные (оперантные), т. е. на возможность произвольного выполнения ребенком движений в зависимости от потребностей, которые он испытывает. Это происходит, когда в

	<p>схему управления движениями включаются вышележащие надсегментарные уровни, которые подчиняют себе нижележащие сегментарные автоматизмы. В соответствии с этим нами была разработана антигравитационная гимнастика, позволяющая направленно активизировать отдельные элементы функциональной системы антигравитации, и таким образом влиять на систему управления движениями.</p>
расширение роли	<p>Инструктор по лечебной физкультуре проводит занятия с детьми первого года жизни с последствиями перинатального повреждения центральной нервной системы, включая разработанный комплекс антигравитационных упражнений на фитболе, с целью стимуляции психомоторного развития. В карте динамического контроля отмечает изменения в тестах оценивающих качество выполнения основных движений. По окончании курса реабилитации делает выводы о достигнутых результатах.</p>
инициаторы изменений	<p>ОРОО «Омская профессиональная сестринская ассоциация», специализированная секция «Сестринское дело в реабилитации», БУЗОО «Центр медицинской реабилитации», директор.</p>
научно-обоснованная практика	<p>В рамках специализированной секции «Сестринское дело в реабилитации», проведено исследование «Разработка и обоснование методики антигравитационной гимнастики для детей первого года жизни с последствиями перинатального повреждения центральной нервной системы». Внедрена программа физической реабилитации направленная на совершенствование формирования двигательных навыков у детей первого года жизни с последствиями ППЦНС.</p>
достигнутые новые навыки и компетенции	<p>Разработанная методика антигравитационной гимнастики позволяет целенаправленно, через поток импульсов от вестибулярного аппарата, влиять на функциональную систему антигравитации. Это приводит к снижению патологической активности отолитовой подсистемы, что проявляется снижением мышечного тонуса, формированием основных движений, развитием установочных и статокинетических реакций ребенка.</p>
итоги внедрения	<p>В ходе исследований было отмечено значительное снижение показателей, относительно нормативных при первичном обследовании. Показатель коммуникабельности (соотношение «снабодрствования») в начале исследования составил в среднем $2,29 \pm 0,76$ балла, по результатам лечения увеличился в среднем на 0,8 балла и сравнялся с показателем здоровых детей (3,0 балла) (Таб. 1). Показатель, определяющий мышечный тонус, увеличился в среднем на 0,34 балла, что проявлялось в увеличении объема пассивных движений, или уменьшении сопротивления</p>

	<p>пассивным движениям вплоть до появления полного объема пассивных и произвольных движений. Показатель, определяющий патологические движения, изменился в среднем на 0,37 балла, что проявлялось в уменьшении функциональных тиков конечностей. Сравнительный анализ общей суммы количественной оценки нервно-психического развития с помощью оценочной шкалы показал следующее: до курса физической реабилитации значения ее составили $23,0 \pm 0,79$ балла, что на 4 балла меньше нижней границы нормы (27-30 баллов). В ходе анализа показателей количественной оценки нервно-психического развития с помощью оценочной шкалы после курса физической реабилитации наибольшие изменения выявлены по показателям, отражающим коммуникабельность, цепные симметричные рефлексy, мышечный тонус, патологические движения. После проведенного курса реабилитации сумма баллов количественной оценки нервно-психического развития у детей с ППЦНС с помощью оценочной шкалы составила $26,0 \pm 2,0$ балла, и хотя не достигла минимальных возрастных показателей (27-30 баллов), но в динамике значительно возросла (на 3,0 балла).</p>
<p>улучшение качества ухода</p>	<p>Полученные нами данные позволяют рекомендовать включать в комплекс физической реабилитации детям грудного возраста разработанный комплекс антигравитационной гимнастики, включающий упражнения, стимулирующие подсистемы полукружных каналов, вестибуломозжечкового комплекса, подкорковых ядер, моторной и премоторной коры.</p>
<p>Контактное лицо: Имя, должность, место работы, E-mail:</p>	<p>Тихонов Сергей Владимирович, инструктор-методист по ЛФК организационно-методического отдела БУЗОО «Центр медицинской реабилитации», г. Омск E-mail: opsa@mail.info</p>

Список использованных источников

1. Алексеев Н.Г., Леонтович А.В., Обухов А.В., Фомина Л.Ф. Концепция развития исследовательской деятельности учащихся. / Н.Г. Алексеев, А.В. Леонтович, А.В. Обухов, Л.Ф. Фомина // Исследовательская работа школьников. – 2002. - № 1. - С. 24-33.
2. Артемьев В.Н., Веревкина М.П., Зорина Т.А., Маркварт Л.Д. Организация научно-исследовательской работы медицинских сестер в ЛПУ: Учебно-методическое пособие. / В.Н. Артемьев, М.П. Веревкина, Т.А. Зорина, Л.Д. Маркварт. Омск: 2004. – 60 с.
3. Бережнова, Е.В. Основы учебно-исследовательской деятельности студентов, 2-е издание/ Е.В. Бережнова, В.В. Краевский. М.: Академия, 2007. – 128 с.
4. Безуглов И.Г. Основы научного исследования: учебное пособие для аспирантов и студентов-дипломников / И.Г. Безуглов, В.В. Лебединский, А.И. Безуглов. М.: Академ. Проект, 2008. - 208 с.
5. Волков Ю.Г. Диссертация. Подготовка, защита, оформление. Практическое пособие / Ю. Г. Волков. М.: Гардарики, 2002. - 63 с.
6. Осипов Г.В. Социология: словарь-справочник. Т.4. Социологическое исследование: методы, методика, математика и статистика /Отв.ред. Г.В. Осипов. М.: Наука, 1991. – 357 с.
7. Деларю В.В. Конкретные социологические исследования в медицине. Монография. Волгоград: Волгоградский государственный медицинский университет, 2005. — 97 с.
8. Жигун Л.А. Продуктивность научных исследований: Формулировка темы // Современные проблемы науки и образования. – 2006. – № 1 – С. 51.
9. Загвязинский, В.И. Методология и методы психолого-педагогического исследования / В.И. Загвязинский, Р. Атаханов. М.: 2005. – 208 с.
- 10.Зборовский Г.Е., Шуклина Е.А. Прикладная социология: Учебное пособие. М.: Гардарики, 2004. — 176 с.
- 11.Ипполитова Н.В. Методология и методы научного исследования: учеб. пособие / Н.В. Ипполитова, Н.С. Стерхова. Шадринск: Шадр. Дом Печати, 2011. — 209 с.
- 12.Игнатьева А.В. «Исследование систем управления» [Электронный ресурс] / Игнатьева А.В., Максимцов М.М. — Режим доступа: http://sbiblio.com/biblio/archive/ignatova_issledovanie/01.aspx
- 13.История и теория этической регуляции биомедицинских исследований// Аналитические материалы по проекту «Анализ нормативно-правовой базы в области прав человека в контексте биомедицинских исследований и

выработка рекомендаций по её усовершенствованию». М.: Издательство МОСГУ, 2007.

14. Кузнецов, И. Н. Научное исследование. Методика проведения и оформление / И.Н. Кузнецов. 3-е изд., перераб. и доп. М.: Дашков и К', 2008. - 457 с.
15. Лудченко А.А. Лудченко Я.А. Примак Т.А. Основы научного исследования: Учебное пособие./ Под ред. А.А Лудченко.-2-е изд. К: «Знание», КОО, 2001. — 113с.
16. Нинбург Е.А. Технология научного исследования. Методические рекомендации. / Е. А. Нинбург. М.: ИПО «Лев Толстой», 2006. — 28 с.
17. Перфильева Г.М. Организация и проведение исследований в сестринском деле. / Г.М. Перфильева, Н.Н. Камынина, Н.В. Туркина, Ю.Н. Маркова, П.Е. Зайцева М.: Т-во науч. изданий КМК, 2007. — 163 с.
18. Решетников А.В. Социология медицины (введение в научную дисциплину): Руководство. М.: Медицина, 2002. — 976 с.
19. Федеральный закон РФ № 323 от 01.01.12 г. «Об охране здоровья граждан в РФ».
20. Шкляр М.Ф. Основы научных исследований. Учебное пособие. / М.Ф. Шкляр. М.: Издательско-торговая корпорация «Дашков и К°», 2008. - 244 с.
21. Шарабчиев Ю. Т. Методология планирования научных исследований в медицине. / Медицинские новости. – 1998. - № 4.
22. Этический кодекс медицинской сестры России. Ассоциация медицинских сестер России. СПб.: 2010. — 28 с.

Содержание

Введение	3
Часть 1. Рекомендации по организации и проведению научных исследований в области сестринского дела	5
Глава 1. Этические аспекты проведения исследований в области сестринского дела	6
Глава 2. Методология научных исследований	20
1.1. Выбор темы исследования. Формулирование проблемы, цели и задач	21
1.2. Обзор литературы	28
1.3. Разработка теоретической основы исследования	31
1.4. Формулировка гипотезы исследования	34
1.5. Разработка дизайна и плана исследования	38
1.6. Определение исследуемой генеральной совокупности и формирование выборки из нее	44
1.7. Определение методов сбора данных	53
1.8. Анализ полученных результатов	59
Глава 3. Оформление результатов научного исследования	68
3.1. Публикации результатов исследования	68
3.2. Стендовый доклад	70
3.3. Оформление исследовательской работы	72
3.4. Понятийный аппарат	79
Глава 4. Публикации	85
4.1. Правила оформления тезисов	85
4.2. Правила оформления публикаций в журнале «Вестник Ассоциации медицинских сестер России»	86
Часть 2. Научные исследования в сестринском и акушерском деле Омской области	88
<i>Воронкова Т.А.,</i> Технологии сестринского психиатрического сервиса в психосоциальной реабилитации женщин трудоспособного возраста, страдающих непсихотическими аффективными расстройствами	89
<i>Воронкова Т.А.,</i> Комплексный подход к профилактике эмоциональных нарушений у лиц трудоспособного возраста	111
<i>Гайнуллина Д.Т.,</i> Лечебная физическая культура с использованием фитбола для развития равновесия у дошкольников с ДЦП	126
<i>Егорова А.Ю.</i> Снижение количества венепункций у пациентов при проведении процедуры дискретного плазмафереза	131
<i>Ильиных Е.В.</i> Снижение уровня болевого синдрома в полости рта у пациентов после химиотерапии в отделении гематологии	143
<i>Копина А.Б.,</i> Низкая мотивация будущих мам в кормлении грудью	155

<i>Ромазанова Н. Ф.</i> , Снижение степени тревожности у пациентов пожилого возраста с урогенитальными проблемами при применении современных средств ухода	159
<i>Романец И.Г., Калугина Т.А.</i> , Эффективность школы здоровья для пациентов, страдающих туберкулезом в сочетании с психическими расстройствами	187
<i>Тихонов С.В.</i> , Антигравитационная гимнастика для детей первого года жизни с последствиями перинатального поражения центральной нервной системы	210
<i>Чаркова О.Г.</i> , Способы немедикаментозного снижения уровня психоэмоциональных расстройств у пациентов наркологического стационара	218
<i>Шмелёва Е.В.</i> , Безопасность периферического венозного доступа в гериатрической практике	232
<i>Юркова Ю.В.</i> , Снижение трудозатрат медицинской сестры при применении современных инфузионных систем	255
<i>Яценко М.А.</i> , Снижение риска возникновения пролежней у тяжелобольных пациентов с помощью сестринских вмешательств	282
Часть 3. Примеры расширенной сестринской практики в Омском регионе.	316
Примеры расширенной сестринской практики, направленные на повышение квалификации медицинских сестер	317
Учебно-методический кабинет как инструмент в накопительной системе повышения квалификации сестринского персонала	317
Технологии сестринского психиатрического сервиса в психосоциальной реабилитации женщин трудоспособного возраста, страдающих непсихотическими аффективными расстройствами	319
Влияние современных средств ухода на уровень тревожности пожилых пациентов с урогенитальными проблемами	321
Эффективность школы здоровья для пациентов, страдающих туберкулезом в сочетании с психическими расстройствами	323
Примеры расширенной сестринской практики, направленные на профилактику синдрома эмоционального выгорания	326
Комплексный подход к профилактике эмоциональных нарушений у лиц трудоспособного возраста	326
Способы немедикаментозного снижения уровня психоэмоциональных расстройств у пациентов наркологического профиля	328
Примеры расширенной сестринской практики, направленные на обучение пациентов и их родственников	330
Обучение пациентов дифференцированному самостоятельному выполнению ими индивидуальных мероприятий, направленных на снижение уровня болевого синдрома полости рта после курса химиотерапии	330

Обучение пациентов, перенесших ампутацию нижних конечностей, самостоятельному уходу и ранней активизации их физического состояния на госпитальном этапе	331
Новая роль медицинской сестры – обучение родственников уходу за тяжелобольным пациентом на дому	332
Примеры расширенной сестринской практики, направленные на улучшение качества медицинской помощи с помощью внедрения инноваций	335
Снижение количества венепункций у пациентов при проведении процедуры дискретного плазмафереза	335
Безопасность периферического венозного доступа в гериатрической практике	336
Снижение трудозатрат медицинской сестры при применении современных инфузионных систем	338
Примеры расширенной акушерской практики	340
Низкая мотивация будущих мам в кормлении грудью	340
Роль акушерки при ведении пациенток с плацентарной недостаточностью в условиях акушерского отделения патологии беременности родильного дома	341
Примеры расширенной сестринской практики, направленные на улучшение качества реабилитационной помощи детям	343
Лечебная физическая культура с использованием фитбола для развития равновесия у дошкольников с ДЦ	343
Антигравитационная гимнастика для детей первого года жизни с последствиями перинатального повреждения центральной нервной системы	344
Список использованных источников	347
Содержание	349

Практический опыт проведения научных исследований
в сестринском деле Омской области

(методические рекомендации)

Компьютерная верстка
Бучко О.А., Пешко С.С.

Тираж 250 экземпляров
Отпечатано в типографии ИП Шелудивченко А.В.
г. Омск, ул. Дальняя, 1
тел. 36-82-22

