

ПЕРВЫЕ ИТОГИ И ПЕРСПЕКТИВЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ БРИГАД СЕСТРИНСКОГО УХОДА В УСЛОВИЯХ РЕФОРМЫ СЕСТРИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Павлов Ю.И., Холопов А.А.

ГОУ ВПО "Челябинская Государственная медицинская академия Росздрава"

В силу различных исторических причин становление сестринского дела в России происходило своим самобытным путем без учета международного опыта. Недооценка значимости роли медицинских сестер в оказании помощи больным способствовало снижению престижа профессии и социального статуса медсестер (Перфильева Г.М., 1995). В отличие от стран Западной Европы и Северной Америки, где сестринское дело является такой же самостоятельной специальностью, как и лечебное дело, в нашей стране медсестры до настоящего времени обслуживали не больного, а врача, зачастую выполняя техническую, малоквалифицированную работу, не требующую профессиональной подготовки. Отсутствие должного внимания к сестринскому делу привело к кадровому дисбалансу в соотношении врачей и медицинских сестер (1:1,7) и оттоку из системы здравоохранения квалифицированного сестринского персонала. По данным МЗ РФ за последние 4 года отмечается убыль специалистов со средним медицинским образованием от 0,4 до 1,3% ежегодно. Следствием этого является ухудшение качества ухода и медицинской помощи в целом.

Однако, в последнее время отмечается повышенное внимание органов управления здравоохранением, как за рубежом, так и в нашей стране, к этой самой многочисленной группе медицинских работников, являющейся мощным кадровым ресурсом.

Постановлением Правительства Российской Федерации от 05.11.97 № 1387 «О мерах по стабилизации и развитию здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации» предусмотрена реформа, направленная на повышение качества, доступности и экономической эффективности медицинской помощи населению. При этом, одной из важных составляющих этой реформы, является усиление роли специалистов со средним, повышенным и высшим сестринским образованием. В соответствии с Концепцией развития здравоохранения и медицинской науки в РФ Приказом МЗ РФ № 4 от 9 января 2001 г. утверждена Отраслевая программа развития сестринского дела в Российской Федерации.

В соответствии с основными приоритетами, стоящими перед здравоохранением, деятельность медицинских сестер с учетом уровня их подготовки должна быть направлена на решение следующих задач:

- Развитие первичной медико-санитарной помощи, профилактику заболеваний и укрепление здоровья, гигиеническое обучение и воспитание населения

- Расширение объема оказания помощи на дому
- Увеличение реабилитационных мероприятий
- Формирование больниц (отделений) сестринского ухода
- Внедрение системы хосписов и паллиативной помощи.

Это потребует качественно нового уровня подготовки медсестер и в первую очередь подготовки управленческих кадров с высшим медицинским образованием по специальности 040600 «Сестринское дело». В стране с 1991 года осуществляется подготовка медсестер с высшим образованием, однако выпускники факультетов высшего сестринского образования с первых шагов столкнулись с рядом трудностей. Традиционная система здравоохранения, сложившаяся в РФ и странах СНГ, рассчитанная на двухзвенную систему «врач-медсестра», не готова к восприятию новых специалистов – медсестер с высшим образованием. Менталитет многих руководителей, рядовых врачей и медсестер не позволяет им представить медсестру в роли руководителя и организатора, какие бы способности и познания она не имела. Это, в определенной мере, связано и с непривычным термином – медсестра с высшим образованием, поскольку слово «медсестра» утратило свой первоначальный, близкий к религиозному, смысл – «сестра милосердия» и, к настоящему времени, приобрело другое значение, прочно увязанное с половой и образовательной принадлежностью, то есть это женщина со средним специальным образованием. Еще более серьезной проблемой является отсутствие юридической базы, позволяющей трудоустраивать выпускников в соответствии с их образовательным потенциалом и потребностями ЛПУ, а также неотрегулированность вопросов заработной платы. При существующем положении оклад медицинских сестер определяется их должностью, а не уровнем образования и профессиональной подготовки.

Имеющиеся экспериментальные наработки в отдельных регионах уже сейчас указывают на эффективность и целесообразность работы медсестер подготовленных по специальной программе.

Администрация Челябинской городской клинической больницы № 1 в содружестве с кафедрой сестринского дела, ухода за больными и менеджмента Челябинской государственной медицинской академии в рамках реализации городской программы «Сахарный диабет» разработали и внедрили действующую модель оказания междисциплинарной помощи больным с синдромом диабетической стопы (СДС). В основу модели заложены принципы профилактики развития гнойно-некротических осложнений в группе риска.

Синдром диабетической стопы является одним из наиболее тяжелых осложнений сахарного диабета, приводящих к инвалидности. По данным МЗ РФ, в нашей стране за год производится более 11 тысяч ампутаций голени по поводу СДС, причем

это число явно занижено, поскольку во многих регионах учет ампутаций не ведется. Больные с СДС, как правило, имеют сопутствующие заболевания, они не могут самостоятельно контролировать течение сахарного диабета, ухаживать за стопами.

В поисках путей улучшения качества помощи больным с СДС мы обратились к опыту мирового здравоохранения. Во многих странах базовыми тенденциями являются повышение роли сестринского персонала с различным уровнем подготовки: от медсестер по уходу до медсестер с высшим образованием и научными степенями. Другой тенденцией является перемещение акцентов со стационарного на амбулаторный этап ухода. Помощь на амбулаторном этапе имеет огромное значение для больных СДС и членов их семей, поскольку наибольший объем помощи осуществляется именно на этом уровне.

В структуре Городского диабетологического Центра расположенного на базе ГКБ № 1 была создана комплексная сестринская бригада амбулаторной помощи. Ее основными задачами являются следующие:

1. Организация ухода за больными с СДС и ограниченными способностями к самоконтролю и самообслуживанию на до- и послегоспитальном этапе.
2. Санитарное просвещение больных, формирование мотивации для изменения образа жизни, обучение больных и членов их семей приемам контроля за сахарным диабетом, само- и взаимопомощи, обучение правильному уходу за стопами.
3. Контроль диспансеризации больных с СДС, планирование посещений врачей - специалистов, диспансеризация на дому.
4. Выполнение врачебных назначений и процедур на дому, оказание при необходимости неотложной помощи при угрожающих состояниях.
5. Социально-психологическая поддержка больных и их родственников
6. Интеграция своей деятельности в рамках Диабетологического центра, преемственность в работе с эндокринологической службой, подиатрическим кабинетом, кабинетом ортопедической коррекции, школой для диабетиков, липидным центром, хирургической службой и другими подразделениями.
7. Ведение медицинской документации, участие в заполнении регистра больных с СДС и в научной работе, подготовка методических материалов для обучения больных и медицинского персонала.
8. Взаимодействие с органами социальной защиты

В зависимости от конкретных условий комплексная сестринская бригада амбулаторной помощи может включать специалистов разного уровня подготовки и специализации. Руководит бригадой специально подготовленная сестра-менеджер с высшим сестринским образованием. Помимо патронажной сестры в состав бригады входит также медсестра-подиатр. Особенность патологии заключается в необходимости проведения специфических мероприятий по уходу за стопами – так называемом подиатрическом уходе. Суть его заключается в выполнении трех основных групп мероприятий: осмотр стоп, уход за стопами и подбор обуви.

При наличии ороговелостей, гиперкератоза, деформации ногтевых пластинок подиатрическая медицинская сестра осуществляет обработку кожи стоп с помощью специального прибора – скалера. При возникновении диабетических язв после консультации хирурга сестра-подиатр осуществляет перевязки и дальнейший уход. Грибковые поражения, часто возникающие у больных с СДС, требуют педантичного длительного лечения современными противогрибковыми средствами.

Снижение болевой чувствительности приводит к позднему обнаружению язв и обращению за медицинской помощью уже при наличии гнойных осложнений. Надо сказать, что на фоне сахарного диабета сопротивляемость инфекции резко снижена и гнойно-воспалительный процесс протекает очень стремительно и нередко приводит к обширным флегмонам и гангрене конечностей. Систематическое наблюдение этой категории больных позволяет своевременно выявить возникновение трофических нарушений и тем самым предотвратить ампутацию конечности.

Возникновение трофических нарушений не является единственной проблемой больных с СДС. Не менее важными проблемами для нормальной жизнедеятельности являются снижение уровня качества жизни - ограничение способности к передвижению и самообслуживанию, сужение круга общения, изменение привычек, интересов, ритма жизни, стресс, болезненные ощущения, потеря возможности полноценно осуществлять профессиональную деятельность, работать по дому, на садовом участке, снижение творческой активности и участия в общественной жизни. Отсутствие возможностей для самореализации сопровождается снижением материального уровня жизни. Несмотря на наличие определенной социальной защиты больных и инвалидов (бесплатные сахароснижающие препараты), тем не менее, не покрываются необходимые расходы на лечение и реабилитацию (ортопедическая обувь, средства ухода, перевязочный материал и т.д.). Возникающие проблемы приводят к тому, что больной становится раздражительным, неадекватным. Это вызывает напряжение в семейных взаимоотношениях и усугубляет стресс. Роль медицинской сестры – облегчить боль и страдания пациента.

Как показывает опыт зарубежных и отечественных центров, занимающихся проблемами осложненного диабета, обучение больных и подиатрический уход позволяют уменьшить число ампутаций при СДС. Использование разработанного нами алгоритма, включающего комплекс организационных, диагностических и лечебных мероприятий на догоспитальном, госпитальном и послегоспитальном этапах ведения больных с СДС позволил с 1998 по 2006 г.г. снизить процент высоких ампутаций с 29,3% до 11,9 % ($P \leq 0,009$).

В дальнейшем предполагается использовать преимущества реформы сестринского образования и создать в районе обслуживания ГКБ №1 комплексные сестринские бригады амбулаторной помощи для ухода на дому за больными с различной хронической патологией при ограниченных возможностях передвижения (последствия инсульта, травм и заболеваний опорно-двигательного аппарата, больные пожилого и старческого возраста и пр.).