УДК 616.379-008.64-083

РАСШИРЕНИЕ РОЛИ СЕСТРИНСКОГО ПЕРСОНАЛА В СИСТЕМЕ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ КАК ЭЛЕМЕНТ СТРАТЕГИИ РАЗВИТИЯ РЕФОРМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Холопов А.А., Павлов Ю.И., Кокшарова Е.А., Светлакова И.А., Анфимова И.А., Грицань И.И., Кульдеева А.Б.

ГБОУ ВПО «Южно-Уральский государственный медицинский университет Минздрава России», Челябинск, e-mail: kanc@chelsma.ru

В условиях реформ российского здравоохранения и сестринского дела необходимо расширять роль и функции сестринского персонала в области помощи хроническим больным на амбулаторном этапе. Сахарный диабет – распространенное хроническое заболевание с высокой социальной значимостью – позволяет отрабатывать современные модели организации сестринской помощи с учетом принципов мультидисциплинарности и бригадного подхода. Нами разработана организационная модель бригады сестринского ухода за больными с синдромом диабетической стопы, эффективность которой изучена в ходе годичного эксперимента. В результате у наблюдаемой группы из 143 больных достоверно снизились показатели ампутаций и инвалидизации, повысилось качество жизни. Предложенная модель соответствует выдвинутой Минздравом РФ концепции расширения функций сестринского персонала и способна стать основой для дальнейших научно-практических исследований.

Ключевые слова: сестринское дело, сахарный диабет, бригады, сестринский уход, диабетическая стопа

NURSING STAFF ROLE EXPANSION IN DIABETES CARE SYSTEM AS THE ELEMENT OF PUBLIC HEALTH SERVICE REFORMS STRATEGY DEVELOPMENT

Kholopov A.A., Pavlov Y.I., Koksharova E.A., Svetlakova I.A., Anfimova I.A., Gritsan I.I., Kuldeeva A.B.

South Ural State Medical University, Chelyabinsk, e-mail: kanc@chelsma.ru

In the time of Russian public health services and nursing reforms it is necessary to extend the role and functions of nursing staff in the field of chronic patients care at out-patient stage. Diabetes mellitus is a widespread chronic disease with high social importance; it allows creating and testing some modern models of nursing due to multidisciplinary principle and team approach. We have developed an organizational model of nursing team for the care of patients with diabetic foot syndrome and its efficiency in large industrial city was studied during one-year experiment. As a result at observable group of 143 patients indicators of ablations and invalidism have authentically decreased, quality of life has raised. The offered model corresponds to the concept of nursing staff functions expansion, recently put forward by Russian Ministry of Health, and is capable to become a basis for further researches.

Keywords: nursing, diabetes, teams, nursing care, diabetic foot syndrome

В Программе развития сестринского дела на 2010–2020 годы [7] отмечено, что в 2009 г. в Российской Федерации работало более 1336 тыс. специалистов со средним медицинским образованием. Много это или мало? Для нынешних условий, когда с каждым годом тысячи специалистов уходят из профессии, мигрируют в смежные с медициной сферы или в частные медицинские организации – явно недостаточно. Уже в 2014 году министр здравоохранения В.Н. Скворцова открыто признала, что численность среднего медицинского персонала в России за последние 20 лет снизилась в два раза [2], но сейчас (т. е. на момент выступления) ситуация начинает улучшаться. По словам заместителя министра И. Каграманяна, к 2018 году планируется повысить соотношение врач – средний медицинский персонал до 1:3 в сравнении с существующим соотношением 1:2,2, что позволит усовершенствовать организацию медицинской помощи на амбулаторном и стационарном этапах [2].

Тем не менее, количественные изменения такого масштаба требуют значительных вложений в подъем престижа профессии, а совершенствовать медицинскую помощь населению необходимо здесь и сейчас. Мировой опыт подтверждает, что значительную пользу могут принести грамотные управленческие решения по использованию существующих ресурсов сестринского дела – как уже было указано, потенциал отряда средних медицинских работников в России еще далеко не раскрыт [7]. За последние годы профессиональный и образовательный уровень российских медицинских сестер значительно вырос – как вследствие внедрения системы многоуровневого сестринского образования, так и за счет естественного профессионального отбора [8]. Подобный потенциал можно и нужно творчески использовать,

что вылилось в рождение концепции расширения функций специалистов со средним медицинским образованием [5]. Медицинскую сестру будут готовить к тому, чтобы она клинически мыслила и самостоятельно принимала профессиональные решения по уходу за пациентом. После всестороннего изучения итогов работы на экспериментальных площадках, мнения сотен руководителей здравоохранения и примерно 180 тысяч рядовых работников, согласно «дорожной карте», принятой Минздравом РФ, в 2015 году должны выйти нормативные документы нового поколения, изменяющие образовательные стандарты и придающие медицинским сестрам новые функции и возможности. Как указал главный специалист Минздрава РФ профессор С.И. Двойников, планируется сменить традиционную «исполнительскую» модель деятельности медицинской сестры на пациенто-ориентированную модель, т. е. в центре всех усилий и всех видов деятельности сестринского персонала должен быть пациент [3, 5].

Цель исследования

Разработка и внедрение модели организации сестринской помощи больным с диабетическим поражением стоп, обеспечивающей повышение эффективности и качества работы среднего медицинского персонала.

Материалы и методы исследования

В работе использовались изучение учетно-отчетной документации, социологический метод (анкетирование, психологическое тестирование, исследование качества жизни), метод экспертных оценок (при оценке качества сестринской деятельности и создании документов системы стандартизации), аналитический и математико-статистический методы, применялись компьютерные программы рандомизации, оценки риска и статистической обработки результатов.

Результаты исследования и их обсуждение

Очевидно, что руководство российского здравоохранения приняло решение о переменах в сестринском деле, в том числе потому, что накоплена критическая масса отечественных исследований эффективного использования потенциала сестринского дела в организации помощи многим категориям пациентов. В данных исследованиях сказала свое слово и челябинская школа сестринской науки. В рамках основного научного направления кафедры сестринского дела и менеджмента Челябинской медицинской академии сахарный диабет как распространенная хроническая болезнь, имеющая социальное значение, стал областью создания новых организационных форм лечения и сестринской помощи. По данной проблеме на кафедре были защищены одна докторская и 4 кандидатских диссертации, в которых была подробно обоснована и исследована новая модель бригад сестринского ухода при синдроме диабетической стопы [1, 6, 9].

Тема исследования, бесспорно, являлась актуальной, поскольку в последнее десятилетие в Челябинской области каждый год выявлялось 7,5–8 тысяч новых больных диабетом, преимущественно типа 2. К 2014 году в области зарегистрировано более 85 тысяч больных сахарным диабетом, распространенность заболевания составила 23,9 на 1000 населения, что на 5% выше, чем в среднем по России. Нами выяснено, что в городе Челябинске динамика роста сахарного диабета аналогична таковой в области, число случаев заболеваемости с временной утратой трудоспособности по поводу диабета в Челябинске составило 0,16 на 100 работающих (57% в структуре эндокринологической заболеваемости). Средняя продолжительность случая нетрудоспособности по поводу диабета составила 20,6 дней. Система сбора статистической информации, в частности ведущийся в Челябинске Регистр сахарного диабета, не учитывает в комплексе проявления синдрома диабетической стопы (СДС), разнося его признаки по разным классам осложнений, что затрудняет оценку распространенности данного синдрома. В то же время наши исследования позволили подтвердить общепринятую точку зрения, что ампутации нижних конечностей у больных с СДС составляют 50–70% от общего числа всех ампутаций, не обусловленных травмами [6]. Также на основании значительных собственных наблюдений (более 3200 госпитализированных и диспансерных пациентов) нами была определена структура форм синдрома диабетической стопы (табл. 1).

Таким образом, было выявлено, что у больных диспансерной группы, т. е. амбулаторных пациентов, преобладает нейропатическая форма СДС, в у больных госпитализированной группы достоверно преобладает более тяжелая, смешанная форма СДС, ведущая к ампутациям. Очевидно, что именно на этапе первичной медико-санитарной помощи профилактическая и лечебная работа с больными диабетом является наиболее эффективной. В то же время анализ системы помощи больным с СДС в Челябинске позволил определить недостатки организации помощи данным больным на амбулаторном

этапе: прежде всего, на начало исследования (1999–2003 гг.) обеспеченность поликлиник хирургическими кадрами отставала от обеспеченности эндокринологами, в миллионном городе не было специализированных Центров диабетической стопы, страдала преемственность между поликлиниками и стационарами, на занятиях существующих школ диабета мало внимания уделялось уходу за стопами и контролю их состояния [4, 6, 9].

Именно поэтому нами была предпринята попытка оптимизировать сестринскую помощь больным с СДС на амбулаторном этапе, используя международный опыт. Для этого были изучены сравнительные характеристики системы сестринской помощи пациентам с СДС в России и Канаде (табл. 2).

С учетом изученной медико-социальной и профессиональной характеристики медицинских сестер ряда больниц и поликлиник Челябинска и сравнения роли медицинских сестер в системе организации помощи больным СДС в различных системах здравоохранения, нами разработана организационная модель оказания сестринской помощи данной категории больных в амбулаторных условиях. Модель сформирована на основе современных принципов организации медицинской помощи различным категориям хронических больных:

- профилактическая направленность;
- приближение помощи к пациенту, перенос ее «центра тяжести» на амбулаторный этап;
- широкое использование квалифицированного сестринского персонала различного уровня подготовки;
- использование современных технологий ухода (сестринский процесс);
- мультидисциплинарный подход с учетом специфики контингента.

Суть предложенной модели состояла в формировании на базе амбулаторных учреждений здравоохранения сестринских бригад амбулаторной помощи больным СДС, состоящих как из медицинских сестер – специалистов по уходу, манипуляционной технике и обучению больных СДС, так и из сестер-менеджеров. Основная деятельность подобной бригады должна развиваться в амбулаторных условиях, т. е. включать патронаж пациентов с СДС на дому с активной обратной связью.

Таблица 1

Распределение пациентов диспансерного и госпитализированного контингентов по формам синдрома диабетической стопы

Форма СДС / Группы больных	Нейропатическая форма, %	Ишемическая форма, %	Смешанная форма, %	Без учета формы, %
Госпитализированная группа	22,6	36,4	41,0	–
Диспансерная группа	36,0	30,0	25,0	9,0
P	< 0,05	> 0,05	< 0,05	< 0,01

Таблица 2

Сравнительная характеристика роли и компетенции медицинских сестер в системе помощи пациентам с СДС в России и Канаде (на период 1999 г.)

Сфера деятельности и пределы компетенции медицинских сестер	Россия	Канада*
Первичная диагностика СДС	Не осуществляется	Осуществляется специализированными сестрами на амбулаторном этапе
Организация стационарного и амбулаторного ухода	Выполнение назначений врача	Сочетание зависимых и независимых действий в составе медицинской бригады
Участие в обучении пациентов	Минимально – только технические обязанности	Обучение пациентов с СДС – прерогатива высококвалифицированных медсестер
Выполнение организационных функций в системе помощи	Минимально – управление только сестринским персоналом	80 % управленческих должностей в здравоохранении занято сестрами-менеджерами

Примечание. *По данным Beage P.G., Myers J.L. (1994).

Таблица 3

Тяжесть инвалидизации в исследуемых группах за период наблюдения

Показатель	Сестринская бригада n = 137	«Типичная практика» n = 239
Количество больных, перенесших ампутации, в данной группе (абсолютное значение)	7	28
Суммарное количество баллов, характеризующее тяжесть инвалидизации	13	124
Коэффициент тяжести инвалидизации	1,86	4,43

Основными задачами предложенной нами структуры являются:

- Организация ухода за больными с СДС и ограниченными способностями к самоконтролю и самообслуживанию на до- и послегоспитальном этапе.
- Санитарное просвещение больных, обучение приемам самоконтроля, само- и взаимопомощи, правильному уходу за стопами.
- Контроль диспансеризации больных с СДС, планирование посещений врачей-специалистов, диспансеризация на дому.
- Выполнение врачебных назначений и процедур на дому, оказание при необходимости неотложной помощи при угрожающих состояниях.
- Социально-психологическая поддержка больных с СДС, постановка сестринского диагноза и взаимодействие в ходе сестринского процесса с родными и близкими больного, его сослуживцами, органами управления здравоохранением и социальной защиты населения.
- Интеграция своей деятельности в рамках Центра ДС, преемственность в работе с эндокринологической службой, подиатрическим кабинетом, кабинетом ортопедической коррекции, школой для диабетиков, липидным центром, хирургической службой и другими подразделениями.
- Ведение медицинской документации, участие в заполнении регистра больных с СДС и в научной работе, подготовка методических материалов для обучения больных и медицинского персонала.

Положение о сестринской бригаде амбулаторной помощи больным СДС было утверждено главными врачами двух крупных клиник города – и в 2001 г. начался эксперимент на базе созданных также с нашим участием кабинетов диабетической стопы в Диабетологических центрах ГКБ № 1 г. Челябинска и Клиники ЧелГМА. Нами было проведено не только управленческое проектирование бригад, но и разработано методическое сопровождение их деятельности в рамках утвержденного на федеральном уровне Протокола ведения больных синдромом диабетической стопы. Также в ходе работ в составе экспертной группы над «Номенклатурой работ и услуг в здравоохранении» нами разработаны и уточнены содержание и формулировки ряда диагностических и лечебных услуг, сформулирована необходимость выделения сложной медицинской услуги «Процедуры сестринского ухода за больным с синдромом диабетической стопы», которая в 2004 г. вошла в классификатор под шифром 02.012.01 [6, 9].

По итогам исследования в Протоколе были определены рекомендации по формированию контингента больных синдромом диабетической стопы, обслуживаемых сестринской бригадой:

- больные пожилого и преклонного возраста;
- пациенты, перенесшие ампутацию нижних конечностей;
- инвалиды по зрению и другим осложнениям диабета и общим заболеваниям, приводящим к снижению мобильности.

Для оценки эффективности деятельности сестринских бригад были сформированы две группы пациентов. Группу А составили 143 больных СДС, которым по показаниям, связанным с ограничением мобильности, осуществлялся сестринский патронаж. Эти пациенты в течение года активно наблюдались бригадами сестринского ухода. Группу Б, названную «группой типичной практики», составили 239 пациентов с СДС, которым патронаж не проводился, и они наблюдались традиционно места жительства. Группы были сравнимы по возрасту, полу, тяжести СДС и сопутствующей патологии. Итоги годичного наблюдения были оценены, прежде всего, по тяжести инвалидизации (по П.А. Воробьеву и др., 2001).

Заключение

Полученные результаты отражают несомненную положительную роль сестринского наблюдения для профилактики ампутаций и сохранения мобильности пациентов. Аналогичные результаты показало и срав-

нительное исследование качества жизни путем опросника MOS SF-36. Из полученных данных следует, что рабочая гипотеза подтвердилась, и сестринский патронаж на дому в плане предотвращения осложнений СДС является современной эффективной технологией. Позднее данные наших исследований получили подтверждение в других работах [1, 4].

Список литературы

1. Анфимова И.А. Ситуационно обусловленная профилактика синдрома диабетической стопы: дис… канд. мед. наук. – Оренбург, 2013. – 174 с.

2. Выступление В.Н. Скворцовой на Всероссийском совещании директоров медицинских колледжей. Москва, 26 февраля 2014 г. URL: http://tass.ru/obschestvo/1005173 (дата обращения 24.09.2015).

3. Двойников С.И. В сестринском деле грядут существенные изменения//Главная медицинская сестра. – 2015. – № 3. – С. 13–20.

4. Лапик С.В., Павлов Ю.И., Сагадеева Е.М. Организация сестринских программ профилактики сахарного диабета и его осложнений: учеб. пособие – М.:ФГОУ «ВУНМЦ Росздрава», 2008. – 224 с.

5. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 25 июня 2014 г. № 309 «Об утверждении плана мероприятий («дорожная карта») по расширению функций специалистов со средним медицинским образованием».

6. Павлов Ю.И. Совершенствование методов диспансеризации, профилактики и хирургического лечения гнойно-некротических осложнений синдрома диабетической стопы: дис... д-ра мед. наук. – Челябинск, 2005. – 282 с.

7. Программа развития сестринского дела в Российской Федерации на 2010–2020 годы (по материалам III Всероссийского съезда средних медицинских работников. Екатеринбург, 15–16 октября 2009 г.)

8. Светличная Т.Г. Социально-профессиональная характеристика медицинских сестер Архангельской области// Управление социально-экономическими процессами региона -Архангельск: СГМУ, 2013. – С. 163–166.

9. Холопов А.А. Оптимизация сестринской помощи больным с диабетическим поражением стоп на амбулаторном этапе: дис... канд. мед. наук. – Казань, 2007. – 191 с.