

РАЗРАБОТКА ИННОВАЦИОННОЙ МОДЕЛИ НЕЗАВИСИМОГО СЕСТРИНСКОГО ПРОЦЕССА НА ОСНОВЕ ПОЛИПАРАМЕТРИЧЕСКОГО АНАЛИЗА ПРОБЛЕМ ПАЦИЕНТА

Ю.И. ЖУРАВЛЕВ, заместитель главного врача по оргметодработе
ОГБУЗ «Старооскольская окружная больница Святителя Луки
Крымского»,

Г.И. ГИЕНКО, главная медицинская сестра ОГБУЗ «Белгородская
областная клиническая больница Святителя Иоасафа»,

Е.В. ПАЛЬЧУК, главная медицинская сестра Регионального
сосудистого центра по лечению больных с острым коронарным
синдромом, г. Белгород

Проблемы совершенствования сестринской деятельности активно изучаются, в частности исследуются инновации в сестринском деле, касающиеся организационно-управленческих аспектов: иерархии управления сестринской службой; оценки трудового потенциала средних медицинских работников, обучения сестринского персонала и т.д., а также инновации, связанные с совершенствованием инструментальных вмешательств.

Между тем представляются актуальными и технико-технологические инновации, затрагивающие технологию сестринского исследования пациента (первый этап сестринского процесса), помогающие более эффективному выявлению его проблем.

Рассматривая каждого человека через призму основных человеческих потребностей, медицинская сестра решает, каким образом она может помочь пациенту в коррекции, восстановлении нарушенных потребностей, в его социальном приспособлении к болезни, в преодолении социальной дезадаптации.

Целью исследовательской работы стала разработка модели инновационного сестринского процесса (далее – СП) для повышения эффективности решения проблем пациентов и организация рабочей группы «ИМОНЕС». «ИМОНЕС» расшифровывается как Инновационная Модель Независимого Сестринского процесса.

Работа выполнена на кафедре госпитальной терапии НИУ «БелГУ» и в отделении челюстно-лицевой хирургии БОКБ Св. Иоасафа (г. Белгород). Используются методы опроса, контент-анализа, ситуационного, клинико-статистического, психологического, социологического, полипараметрического анализа и принципы медицинской логистики.

Полипараметрический анализ проблем пациента заключался в одновременной регистрации ряда физических, психических и социальных параметров, позволяющей после соответствующей обработки комплексно определять проблемы пациента. Идея основана на определении понятия «здоровье», которое приведено в преамбуле устава ВОЗ: «Здоровье является состоянием полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствием болезней и физических дефектов».

Распределение функций внутри рабочей группы

Для снижения потерь времени, повышения степени владения практически навыками и рационального использования материальных ресурсов было проведено распределение обязанностей по выполнению этапов сестринского процесса (см. табл.).

В рабочую группу «ИМОНЕС» (далее – РГИ) были включены 9 специалистов:

- медицинская сестра-координатор (МСК),
- пять медицинских сестер-хелперов,
- две медицинские сестры-течеры,
- медицинская сестра-коннектор.

Таблица

Распределение функций по реализации сестринского процесса между участниками рабочей группы «ИМОНЕС»

Этап сестринского процесса	Исполнитель этапа
I. Обследование	Медсестра-хелпер
II. Формулировка сестринского диагноза	Медсестра-координатор
III. Планирование	Медсестра-координатор
IV. Выполнение	Медсестра-хелпер Медсестра-течер Медсестра-коннектор
V. Оценка эффективности	Медсестра-координатор

Функции МСК заключаются в общем руководстве РГИ.

Она обеспечивает обучение участников РГИ, доводит до их сведения цели и задачи работы.

Осуществляет мониторинг за движением пациента (П).

Распределяет объемы работы между участниками РГИ, координирует индивидуальную и групповую работу по уходу за П.

Организует своевременное обеспечение участников РГИ необходимым инструментарием, документацией, расходными и другими материалами.

Накапливает, обрабатывает и передает участникам РГИ материалы полипараметрического анализа проблем П.

Формулирует сестринский диагноз, вычисляет интегративный индекс проблем П, определяет приоритетные (первичные, промежуточные, вторичные) потребности в сестринском вмешательстве, формулирует цели ухода, оценивает людские, временные, материальные ресурсы.

Осуществляет систематический контроль за качеством СП: обследования, ухода за П, соблюдения требований нормативно-правовых актов, регламентирующих оказание сестринской помощи.

Регулярно проводит анализ работы РГИ.

Намечает план устранения несоответствий.

Подготавливает отчеты о работе.

Медицинская сестра-хелпер собирает информацию о пациенте в рамках СП и передает ее МСК путем введения в базу данных.

Получает от МСК результаты полипараметрического анализа проблем П и план ухода.

Осуществляет IV этап СП, поддерживая контакт с медсестрами-течерами и коннекторами.

Основной функцией медицинской сестры-течера является обучение П и медицински активных членов семьи (МАЧС). Обучение П направлено на обеспечение овладения ими навыками самоухода и приемами реабилитации. Обучение МАЧС направлено на овладение ими минимальными теоретическими знаниями и практическими навыками, позволяющими обеспечить качественное выполнение ряда операций по уходу.

Функции медицинской сестры-коннектора заключаются в обеспечении дифференцированного подхода к определению вида сестринских услуг: зависимых, взаимозависимых и независимых. Кроме того, медсестра-коннектор осуществляет координацию работы всех участников РГИ с лечащими врачами и другими специалистами (физиотерапевтом, диетологом, инструктором ЛФК, реабилитологом, специалистами учреждений социальной помощи и т.д.).

Обмен информацией между участниками группы «ИМОНЕС», а также другими специалистами может осуществляться различными путями:

- вербальное очное,
- вербальное дистанционное (сотовая связь, радиосвязь, переговорные устройства и др.),
- письменные сообщения на бумажном или ином носителе,
- коммуникации с использованием локальных компьютерных сетей,
- коммуникации с использованием глобальной сети Интернет.

Работа РГИ по решению проблем П должна осуществляться с учетом принципов медицинской логистики, она приобретает особое значение в условиях рыночного здравоохранения.

Таким образом, разработанная модель СП отличается следующими инновационными признаками:

- распределением обязанностей по выполнению, в том числе, этапов СП;
- включением в рабочую группу специалистов медсестер-течеров по обучению пациентов и членов их семей;
- использованием современных технологий обучения взрослых – андрагогики;
- разработкой критериев медицински активного члена семьи;
- использованием современных средств коммуникации для оперативной передачи информации;
- применением полипараметрической технологии оценки проблем пациента;
- построением алгоритмов работы в строгом соответствии с принципами медицинской логистики.

Исследование индивидуальных проблем физического здоровья

Исследование индивидуальных проблем физического здоровья (ИПФЗ) проводилось путем измерения ряда индикаторов, отражающих физическую активность и возможности пациента. Методика оценки ИПФЗ позволяет определять возможность выполнения пациентом различных физических нагрузок, в первую очередь для осуществления самообслуживания. Индикаторами ИПФЗ определены следующие:

1. Способность больного к самостоятельному приему пищи и питья (у1).
2. Возможность осуществления мер личной гигиены (прием душа/ванны, уход за волосами, уход за полостью рта (у2).
3. Способность к одеванию (у3).
4. Способность к контролю тазовых функций (мочевой пузырь, кишечник) (у4).
5. Способность к передвижению в помещении (у5).
6. Способность к подвижности в постели (у6).
7. Способность к перемещению вне помещений (у7).
8. Болевой синдром (у8).

Способность к самообслуживанию может принимать различные значения, от максимальной, характеризующейся свободным выполнением всех видов физической активности без ограничений, до минимальной, когда пациент полностью зависим от посторонней помощи. Стратификация степени выраженности проблемы осуществлялась по следующим критериям: значению «отсутствие проблемы» соответствовало 5, значению «минимальная степень выраженности проблемы» – 4, значению «средняя степень выраженности проблемы» – 3, «высокая степень выраженности проблемы» – 2, «максимальная степень выраженности проблемы» – 1 балл.

Например, стратификация проблемы пациента – болевой синдром осуществлена следующим образом:

- «полное отсутствие боли» (болей у пациента нет) – 5 баллов,

– «минимальная выраженность болевого синдрома» (боли носят умеренный, непродолжительный характер, купируются самостоятельно, не оказывают существенного влияния на подвижность, прием пищи, сон и эмоциональный фон) – 4 балла,

– «средняя выраженность болевого синдрома» (болевым синдромом носит клинически значимый характер, боли продолжительны, затрудняют движения, прием пищи, нарушают сон, ухудшают эмоциональный фон, для купирования необходимы ненаркотические, спазмолитические или нестероидные анальгетические препараты) – 3 балла,

– «высокая степень выраженности болевого синдрома» (болевым синдромом является доминирующим в клинике, существенно ограничивает движения, заставляет больного принимать вынужденное положение, существенно нарушает прием пищи, сон, ухудшает эмоциональный фон, для купирования необходимы комбинации ненаркотических, спазмолитических, стероидных и нестероидных анальгетических препаратов) – 2 балла,

– «максимальная степень выраженности болевого синдрома» (болевым синдромом носит нестерпимый характер, резко нарушает качество жизни больного, требует применения наркотических анальгетиков) – 1 балл.

В результате обработки ИПФЗ вычислялся индекс проблем физического характера (И-сПФЗ) по формуле (1):

$$\text{И-сПФЗ} = \frac{\sum y_1 - y_8}{8}$$

где y_1 – y_8 – баллы, полученные при изучении проблем физического характера пациента.

Оценка результатов изучения ИПФЗ пациента осуществлялась путем их дальнейшего сравнения с «идеальным пациентом, без проблем физического характера», И-сПФЗ у которого равнялся 5 баллам (по 5 максимально возможных баллов по каждому из восьми индикаторов).

Стратификация степени выраженности И-сПФЗ осуществлялась по следующим значениям: значению «отсутствие ПФЗ» присвоено 5, «средняя выраженность ПФЗ» – 3–4, «высокая выраженность ПФЗ» – 1–2 балла.

Исследование индивидуальных проблем психического здоровья

Методика оценки индивидуальных проблем психического здоровья (ИППЗ) позволяла вычислить индекс проблем психического здоровья (И-сППЗ).

В качестве ИППЗ определены следующие:

- депрессия (x1);
- чувство одиночества (x2);
- чувство страха и незащищенности (x3);
- тревожность (x4);
- когнитивные расстройства (x5);