

Министерство здравоохранения Архангельской области

**Государственное автономное профессиональное
образовательное учреждение Архангельской области
«Архангельский медицинский колледж»**

**Архангельская региональная общественная организация
«Объединение медицинских работников Архангельской области»**

**Пациентоориентированность -
основной принцип организации процесса
оказания медицинской помощи**

сборник материалов областной
научно – практической конференции

5 апреля 2023 года

Архангельск 2023

УДК 614(082)

П22

П 22 Современные направления деятельности по повышению удовлетворенности пациентов качеством медицинских услуг: [сборник материалов областной научно – практической конференции] / Министерство здравоохранения Архангельской области, Государственное автономное профессиональное образовательное учреждение Архангельской области «Архангельский медицинский колледж», Архангельская региональная общественная организация «Объединение медицинских работников Архангельской области» – Архангельск: ГАПОУ АО «АМК», 2023. – 68 с.

Настоящий сборник содержит описание инновационных подходов, повышающих эффективность реализации основного принципа организации оказания медицинской помощи - пациентоориентированности.

Для специалистов медицинских организаций, преподавателей, обучающихся образовательных организаций.

УДК 614 (082)

СОДЕРЖАНИЕ

ПАЦИЕНТООРИЕНТИРОВАННОСТЬ КАК ПЕРВИЧНАЯ ЗАДАЧА ПРИ ОКАЗАНИИ ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ <i>Андрусяк А.В.</i>	5
ВНЕДРЕНИЕ ИНСТРУМЕНТОВ БЕРЕЖЛИВОГО ПРОИЗВОДСТВА В РАБОТУ ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ ГБУЗ АО «АРХАНГЕЛЬСКАЯ ГОРОДСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА № 6» <i>Аксенова И.А.</i>	12
ДОКОРМ НОВОРОЖДЕННОГО В ОТДЕЛЕНИИ КАК КОНТРОЛИРУЮЩАЯ ФУНКЦИЯ СТАНОВЛЕНИЯ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ <i>Ващута М.В., Попова О.Н.</i>	17
ПАЦИЕНТООРИЕНТИРОВАННОСТЬ КАК ПАРАДИГМА БЕРЕЖЛИВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ <i>Дубинина Н.И., Ивко С.А.</i>	25
ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА ПРОЛЕЖНЕЙ, КАК ОДНА ИЗ САМЫХ АКТУАЛЬНЫХ ПРОБЛЕМ УХОДА ЗА БОЛЬНЫМИ <i>Мелешко О.В.</i>	31
БЕРЕЖЛИВОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ: ОРГАНИЗАЦИЯ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ В МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИОННОЙ СИСТЕМЕ <i>Мохначёва Т.Е., Моногарова Ю.Ю., Шкерская Н.Ю.</i>	42
ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЛИЦ «СЕРЕБРЯНОГО ВОЗРАСТА». СНИЖЕНИЕ ВЕРОЯТНОСТИ КОНФЛИКТОВ С ПОЖИЛЫМИ ПАЦИЕНТАМИ В МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ <i>Плужникова Н.Е., Растегаева Е.С.</i>	52

«ШКОЛА ПАМЯТИ» КАК ИНСТРУМЕНТ ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ДЕМЕНЦИЕЙ И КОГНИТИВНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ <i>Растегаева Е.С.</i>	56
ВОСЕМНАДЦАТЬ ПРОСТЫХ ПРИЕМОВ, КОТОРЫЕ ПОЗВОЛЯТ СТАТЬ БЛИЖЕ К ПАЦИЕНТАМ <i>Трегубова Л.Н., Миронова Л.В.</i>	60
СИНДРОМ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ: ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ И НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ <i>Растегаева Е.С.</i>	65

ПАЦИЕНТООРИЕНТИРОВАННОСТЬ КАК ПЕРВИЧНАЯ ЗАДАЧА ПРИ ОКАЗАНИИ ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

***Андрусяк А.В.**, заведующий выездной патронажной
службой паллиативной медицинской помощи*

**ГБУЗ АО «Архангельская городская клиническая больница № 6»,
Главный внештатный специалист по паллиативной помощи
министерства здравоохранения Архангельской области**

Пациентоориентированность- основной принцип организации процесса оказания медицинской помощи, наиболее желательная модель взаимоотношений пациента, медицинской сестры, врача и других специалистов, при которых все стороны несут равную ответственность за процесс и результаты лечения.

Принципы пациентоориентированности:

1. Быстро
 2. Удобно
 3. Атмосферно(дружелюбно)
 4. Информативно
- формирование эффективной коммуникации между больным и персоналом,
 - построение развитой корпоративной культуры путем оптимизации процессов,
 - формирование командной работы

Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 28.12.2022) "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (с изм. и доп., вступ. в силу с 11.01.2023):

- Статья 36, п. 1 - Паллиативная медицинская помощь (ПМП) представляет собой комплекс мероприятий, включающих, осуществляемые медицинские вмешательства, мероприятия психологического характера и уход в целях улучшения качества жизни неизлечимо больных граждан и направленные на облегчение боли, других тяжелых проявлений заболевания.

- Статья 36, п. 3 - Паллиативная медицинская помощь оказывается в амбулаторных условиях, в том числе на дому, и в условиях дневного стационара, стационарных условиях медицинскими работниками, прошедшими обучение по оказанию такой помощи. Медицинские организации, оказывающие паллиативную медицинскую помощь, осуществляют взаимодействие с родственниками и иными членами семьи пациента или законным представителем пациента, лицами, осуществляющими уход за пациентом, добровольцами (волонтерами), а также организациями социального обслуживания, религиозными организациями, организациями.

Показания к оказанию ПМП - пациенты с неизлечимыми прогрессирующими заболеваниями и состояниями, среди которых выделяют следующие основные группы:

- различные формы злокачественных новообразований;
- органная недостаточность в стадии декомпенсации, при невозможности достичь ремиссии заболевания или стабилизации состояния пациента;
- хронические прогрессирующие заболевания в терминальной стадии развития;
- тяжелые необратимые последствия ОНМК, необходимость проведения симптоматического лечения и обеспечения ухода при оказании медицинской помощи;
- тяжелые необратимые последствия травм;
- дегенеративные заболевания нервной системы;

- различные формы деменции, в том числе с болезнью Альцгеймера.

Медицинские показания к оказанию паллиативной медицинской помощи взрослым

Общие показания: ухудшение общего состояния, физической и/или когнитивной функции на фоне прогрессирования неизлечимого заболевания и неблагоприятный прогноз развития заболевания, несмотря на оптимально проводимое специализированное лечение;

При злокачественных новообразованиях: наличие МТС поражения, боли и другие проявления болезни;

При различных формах деменции, в том числе болезни Альцгеймера: утрата способности к повседневной деятельности, нарушения глотания, нарушение функции тазовых органов;

При тяжелых необратимых последствиях ОНМК: кома, когнитивные нарушения; прогрессирующее нарушение глотания, нарушение функции тазовых органов, расстройства речевой деятельности, наличие хронических ран и контрактур, парезы и параличи со значительной потерей функции.

При болезнях органов кровообращения: ХСН (III и IV функциональный класс по NYHA), многочисленные госпитализации, пороки сердца без возможности к оперативному лечению, наличие сочетанной соматической и/или психической патологии, значимо влияющей на качество жизни и/или симптомы основного заболевания (одышка, боли в груди и др.);

При болезнях органов дыхания: ДНЗ степени в период ремиссии заболевания (одышка в покое или при незначительной физической нагрузке), нуждаемость в респираторной поддержке вследствие дыхательной недостаточности.

При почечной недостаточности: хроническая почечная недостаточность 4 или 5 стадии (расчетная скорость клубочковой фильтрации менее 30

мл/мин) с прогрессирующим ухудшением, прекращение диализа или отказ от его начала.

При болезнях печени: тяжесть цирроза печени по шкале Чайлд-Пью не менее 10 баллов (стадия C); асцит, энцефалопатия, кровотечения и др.

При дегенеративных заболеваниях нервной системы, БАС и других заболеваниях двигательных нейронов, рассеянном склерозе (нарушение глотания, речи, необходимость в респираторной поддержке).

При оказании паллиативной медицинской помощи основной ориентир- ПАЦИЕНТ!

Первичный пациент:

- Передача информации о пациенте по телефону диспетчеру (другие источники),
- Выезд к пациенту в течение 48 часов (врач + медицинская сестра + психолог),
- Определения тактики ведения пациента: оценка состояния, назначения терапии и/или госпитализация в специализированное отделение, разработка графика выездов к пациенту. Разработка психологической поддержки пациенту и /или родственникам,
- Выезд при необходимости социального работника,
- Забор материала для лабораторной диагностики (при необходимости),
- Обезболивающие препараты: НПВП, Трамадол, Тапентадол (Палексия),
- Симптоматическая терапия (адъювантная): ГКС, антигистаминные лекарственные средства, противорвотные лекарственные средства, диуретики, ингибиторы протонной помпы, ферменты, противосудорожные лекарственные средства и др.
- Перевязочный материал используемый при пролежнях, язвах, распадах опухолей и др.
- Дневной стационар (на дому) инъекции, перевязки.

Медицинские изделия по Приказу МЗ РФ от 31 мая 2019 г. N 348н «Об утверждении перечня медицинских изделий, предназначенных для поддержания функций органов и систем организма человека, предоставляемых для использования на дому» (с изменениями и дополнениями).

Другие функции:

- организация консультаций пациента врачом-специалистом по профилю основного заболевания и врачами других специальностей;
- оказание консультативной и организационно-методической помощи врачам-специалистам по вопросам оказания ПМП взрослым;
- оказание психологической помощи пациентам, нуждающимся в ПМП, их родственникам и иным членам семьи или законным представителям;
- обучение пациента, его законного представителя, родственников, иных лиц, осуществляющих уход за пациентом, мероприятиям по уходу;
- осуществление учета пациентов, нуждающихся в оказании ПМП, с применением медицинской информационной системы медицинской организации;
- представление отчетности, сбор и представление первичных данных о медицинской деятельности для информационных систем в сфере здравоохранения;
- взаимодействие с организациями социального обслуживания, общественными объединениями, иными некоммерческими организациями, осуществляющими свою деятельность в сфере охраны здоровья;
- обеспечение преемственности в оказании паллиативной специализированной медицинской помощи в амбулаторных и стационарных условиях.

Паллиативная медицинская помощь включает:

1. *паллиативную первичную доврачебную медицинскую помощь -*

оказывается фельдшерами и иными медицинскими работниками со средним медицинским образованием фельдшерских здравпунктов, ФАП, врачебных амбулаторий, иных медицинских организаций, оказывающих первичную доврачебную медико – санитарную помощь.

2. *паллиативную первичную врачебную медицинскую помощь* - оказывается врачами – терапевтами, врачами – терапевтами участковыми, врачами – педиатрами, врачами общей практики, врачами – специалистами медицинских организаций, оказывающих первичную медико – санитарную помощь.

3. *паллиативную специализированную медицинскую помощь* - оказывается медицинскими работниками:

- кабинетов паллиативной медицинской помощи взрослым,
- отделений выездной патронажной паллиативной медицинской помощи взрослым,
- отделений паллиативной медицинской помощи,
- хосписов,
- отделений сестринского ухода,
- домов (больниц) сестринского ухода,
- дневных стационаров паллиативной медицинской помощи,
- респираторных центров,
- отделений (бригад) выездной патронажной паллиативной медицинской помощи детям.

Какие задачи перед специалистами ПМП?

1. Совершенствование системы оказания ПМП, направленное на повышение качества жизни пациентов, нуждающихся в ПМП.
2. Обеспечение укомплектованности врачами-специалистами, средним и младшим медицинским персоналом, прошедшим обучение по оказанию ПМП.

3. Повышение доступности лекарственного обеспечения пациентов, нуждающихся в оказании ПМП, в том числе наркотическими лекарственными препаратами.
4. Оснащение медицинских организаций, оказывающих специализированную ПМП, медицинскими изделиями.
5. Совершенствование преемственности между специалистами разных специальностей при оказании ПМП.
6. Совершенствование организации нутритивной поддержки при оказании ПМП.
7. Повышение уровня информированности населения Архангельской области и медицинского персонала об организации оказания ПМП на территории Архангельской области.

КОНТАКТЫ:

- Диспетчер выездной патронажной службой паллиативной медицинской помощи: (8182) 64-62-77
- E-mail :dishospise29@yandex.ru
- Рабочий телефон зав.отделением ВПС ПМП Андрусак Анастасия Валерьевна: 8(953)263-84-99

ВНЕДРЕНИЕ ИНСТРУМЕНТОВ БЕРЕЖЛИВОГО ПРОИЗВОДСТВА В РАБОТУ ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ ГБУЗ АО «АРХАНГЕЛЬСКАЯ ГОРОДСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА № 6»

*Аксенова И.А., старшая медицинская сестра
детской поликлиники*

ГБУЗ АО «Архангельская городская клиническая больница № 6»

Под бережливым производством принято понимать оптимизацию процессов производства и устранение лишних расходов. Первостепенная задача бережливого производства — не только уменьшение денежных затрат, но и повышение качества оказываемых услуг (производимых товаров) и степени удовлетворенности получателей (потребителей).

Лин-медицина предполагает создание и ее дальнейшее развитие такой системы охраны здоровья людей, которая позволит одновременно достичь минимум три цели:

1. Повысить качество оказания услуг пациентам медицинской организации;
2. Уменьшить финансовые расходы;
3. Ускорить процесс оказания медицинских услуг.

Так, на базе детской поликлиники ГБУЗ АО «АГКБ № 6» в период с 2019 по 2022 год совместно с региональным центром ПМСП Архангельской области было реализовано 5 проектов.

Алгоритм внедрения бережливого производства в поликлинике включал девять этапов:

Первый этап проекта – это принятие решение руководством медицинской организации о переходе к бережливому производству. На данном этапе формировалось стратегическое видение будущего организации, система це-

лей, определялись приоритетные направления работы, исходя из анализа проблем и предложений.

На втором этапе приказом главного врача утверждается общий план обучения персонала, учебные модули, график обучения, состав обучающихся, создаются обучающие (информационные, наглядные) материалы.

На третьем этапе разрабатываются и утверждаются приказом главного врача классификаторы и владельцы основных, управленческих и обеспечивающих процессов, определяются приоритетные процессы. Далее утверждается план работы, ответственные, сроки исполнения мероприятий, определяются требуемые ресурсы, устанавливаются целевые показатели.

На четвертом этапе выстраивается карта текущего состояния потока ценностей по принципу «как есть», проводится анализ существующих процессов (основных, управленческих и обеспечивающих), если они вообще существуют. Для этого используются такие инструменты бережливого производства, как картирование, хронометраж, система 5S, анкетирование, сбор предложений и др. Оценивается также ресурсное обеспечение и эффективность процессов.

Важнейшей частью данного этапа является оценка потерь, разработка мероприятий по их устранению или снижению.

На пятом этапе проводится целевое планирование будущего самой медицинской организации, ее структурных подразделений, процессов. Выстраивается карта будущего состояния процесса или потока ценностей по принципу «как должно быть».

На шестом этапе разрабатывается и утверждается рабочая документация – дорожная карта проекта и тактический план реализации.

На седьмом этапе разработанные и утвержденные процессы вводятся в деятельность медицинской организации.

На восьмом этапе оценивается эффективность реализуемых процессов через систему целевых показателей, осуществляется их мониторинг.

К показателям можно отнести: сокращение штатов, увеличение производительности, сокращение времени ожидания приема педиатра, увеличение времени приема пациента, сокращение времени забора крови, сокращение времени пребывания пациента в поликлинике, сокращение времени посещения кабинета профилактики и др. без потери качества.

На девятом этапе осуществляется информационное сопровождение проекта, которое включает разработку пособий, инструкций, шаблонов, рисунков, схем, фотографий, таблиц и т.п.

Пациентоориентированность – это модель взаимодействия медицинского персонала с пациентом, основанная на дружелюбии, уважении, не конфликтности, понимании запросов больного и умении их решать, внимании к эмоциональному состоянию человека.

Рассмотрим пример внедрения пациентоориентированной среды на базе детской поликлиники ГБУЗ АО «АГКБ № 6» основанную на понимании запросов пациентов.

1. Сокращение времени обследования пациентов для плановой госпитализации в стационары разного профиля в детской поликлинике (ГБУЗ АО «АГКБ № 6»).

Реализация проекта позволила снизить время выписки направления на исследование с 2411 сек. до 780 сек. с применением модуля МИС.

Проблема: пациенты, обращаясь на первичный прием к педиатру для получения направлений на исследования перед операцией, были вынуждены ожидать очереди до 40 минут у кабинета врача. Далее при получении направлений велась запись в регистратуре, амбулаторная карта пациента передавалась в кабинет доврачебного приема для формирования выписки.

Решение: на этапе записи, еще в регистратуре, была организована маршрутизация пациентов – запись в кабинет доврачебного приема.

В кабинете доврачебного приема медицинской сестрой готовятся направления на исследования, при этом, одновременно, ведется запись на эти исследования. Таким образом, за один прием пациент получает необходимые направления и талоны на исследования, получает подробную инструкцию по подготовке к исследованиям, выписка из амбулаторной карты формируется в течение 3 дней.

2. Сокращение времени первичного патронажа новорожденного медицинской сестрой на дому и оформление документации (ГБУЗ АО «АГКБ № 6»).

Благодаря внедрению проекта удалось сократить время на оформление документации при первичном патронаже с 3040 секунд до 600 секунд.

Проблема: при первичном патронаже новорожденного участковой медицинской сестрой проводился опрос родителей, сбор необходимых документов, помимо этого проводился осмотр ребенка, давались устные рекомендации по профилактическому осмотру новорожденного к 1 месяцу жизни. Родители ребенка самостоятельно записывались к специалистам и не всегда успевали пройти необходимый объем исследований к 1 месяцу жизни ребенка.

Решение: мы разработали опросник для участковой медицинской сестры, что помогло упростить сбор необходимой информации, уменьшив риск потерь информации.

Перед первым патронажем старший администратор поликлиники формирует запись новорожденного ко всем специалистам и на все виды обследований по профилактическому осмотру. Участковая медицинская сестра передает лист записи пациенту, тем самым мы решаем вопрос записи, формирования очереди, своевременного прохождения профилактического осмотра.

ра, сокращение объема жалоб со стороны пациентов на отсутствие талонов к специалистам.

Таким образом, внедрение технологий бережливого производства в работу детской поликлиники ГБУЗ АО «АГКБ № 6» оказало положительное влияние на формирование модели пациентоориентированной среды, главной целью которой являлось повышение уровня доверия пациента к врачу и к медицинской организации в целом.

ДОКОРМ НОВОРОЖДЕННОГО В ОТДЕЛЕНИИ КАК КОНТРОЛИРУЮЩАЯ ФУНКЦИЯ СТАНОВЛЕНИЯ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ

Вашута М.В., старшая медицинская сестра

Попова О.Н., медицинская сестра

отделения новорожденных

Перинатальный центр

ГБУЗ АО «Архангельская областная клиническая больница»

Материнское молоко— единственная пища, которая полностью соответствует потребностям новорожденного. Грудное вскармливание обеспечивает гармоничное развитие ребенка: улучшаются показатели его физического, психического и умственного развития; снижается риск развития синдрома внезапной смерти.

В первые 3 года жизни (особенно в первый год) ребенок крайне нуждается в прямом контакте с матерью: ласках, прикосновении, поглаживании, укачивании, ношении на руках, речевом и зрительном контакте. Исследования показали, что кормление материнским молоком способствует эмоциональному и психическому здоровью ребенка, улучшает его память и интеллект, снимает стресс. Кроме того, дети, находящиеся на грудном вскармливании, имеют более высокие показатели по части остроты зрения и психомоторного развития, что связано с наличием в молоке ненасыщенных жирных кислот. У них уменьшаются аномалии прикуса благодаря развитию челюстей.

Получающий грудное молоко ребенок меньше подвержен инфекционным заболеваниям желудочно-кишечного тракта и мочевыводящих путей, респираторным инфекциям, менингитам, отитам и пневмониям, развитию пищевой аллергии.

Характер вскармливания на первом году жизни в значительной степени определяет состояние здоровья ребенка не только в раннем возрасте, но и в последующие периоды его жизни. Обменные нарушения, возникающие при нерациональном вскармливании младенцев, являются фактором риска развития в будущем ожирения, заболеваний сердечно-сосудистой системы, в частности гипертонической болезни, сахарного диабета, бронхиальной астмы, онкологических и других заболеваний. Ведь ребенок привыкает к тому виду пищи, который получает. Например, к питанию в одно время и «голоданию» между приемами пищи. Это также приводит к расстройствам пищевого поведения в будущем («есть про запас, ведь потом не будет» или употребление нездоровой пищи такой как фастфуд).

Преимущества грудного вскармливания для здоровья матери.

Раннее начало грудного вскармливания сразу после рождения ребенка способствует более быстрому восстановлению сил матери после родов, ускоряет сокращение матки за счет выделения окситоцина и уменьшает риск развития послеродовых кровотечений. Исключительно грудное вскармливание в первые 6-8 мес. является надежным способом защиты от беременности в результате секреции пролактина и его тормозящего действия на овуляцию в послеродовой период.

У кормящих матерей, как правило, быстрее снижается масса тела, возвращаясь к показателям, которые были до беременности. Ведь полноценное кормление грудью помогает матери тратить ежедневно до 3000 ккал. В будущем у них уменьшается риск развития рака молочной железы и яичников. Кроме того, у женщин, кормивших грудью, улучшается минерализация костей и снижается степень выраженности остеопороза в пожилом возрасте.

Грудное вскармливание и связанные с ним забота и уход за младенцем способствуют улучшению психоэмоционального состояния матери, формированию привязанности между матерью и ребенком, установлению гармо-

ничных отношений в семье. Не зря гормон окситоцин еще называют «гормоном счастья». Снижение уровня послеродовой депрессии у кормящей женщины подтверждено не одним исследованием.

Кроме того, многие исследователи отмечают, что грудное вскармливание способствует установлению прочной духовной связи между матерью и ребенком, остающейся на всю жизнь. В дальнейшем маме, научившейся с первых месяцев хорошо понимать своего малыша, легче не потерять с ним контакт и в периоды возрастных кризисов, и когда ее ребенок станет подростком. Выросший ребенок по-прежнему ощущает, что он любим, и это придает ему уверенности в жизни. А мама, выкормившая одного или нескольких малышей, чувствует себя состоявшейся: чего бы ни достигла она в жизни, самую главную свою задачу она выполнила. Медицинские работники учреждений родовспоможения и детства должны проводить разъяснительную работу среди пациенток, консультировать молодых матерей, напоминать им об основных правилах грудного вскармливания.

Грудное вскармливание способствует формированию между матерью и ребенком тесных и нежных взаимоотношений, от которых мать эмоционально получает глубокую удовлетворенность. Время, отведенное на кормление, предназначено не только для того, чтобы насытить ребенка, оно дает возможность узнать и полюбить друг друга. Количество грудного молока отчасти зависит от мыслей, чувств и ощущений матери. Грудное вскармливание будет успешным в большинстве случаев, если мать хорошо себя чувствует, ребенок правильно приложен к груди, что позволяет ему эффективно сосать. Ребенок сосет так часто и так долго, сколько он хочет, а также окружающая обстановка способствует грудному вскармливанию

При наличии ранней возможности кормления грудью, помощи в грудном вскармливании и обучения, подавляющее большинство матерей и младенцев успешно налаживают грудное вскармливание несмотря на то, что не-

которые дети не могут хорошо захватить грудь и кормиться в течение первых 24 часов жизни, они со временем успешно налаживают грудное вскармливание, при надлежащей оценке и минимальном вмешательстве.

Однако, даже если мама решительно настроена на грудное вскармливание, иногда случаются ситуации, когда это невозможно. Решение о переводе ребенка на смешанное или искусственное вскармливание – это такое же важное решение, как и проведение ребенку хирургической операции. Его должен принимать врач, а не мама!

Хотелось бы уточнить определения:

- *Докорм* - вид пищи, необходимый для восполнения недостатка грудного молока, его отсутствия, а также при невозможности кормить грудью.

- *Смешанное вскармливание* — кормление ребенка грудным молоком (в том числе материнским сцеженным или донорским) в любом сочетании с адаптированной молочной смесью.

Прежде чем вводить любой докорм, важно полностью, надлежащим образом оценить каждую пару мать ребенок, в том числе непосредственно наблюдая процесс кормления грудью, т.е. официально оценить с точки зрения положения у груди, качества захвата, и эффективности сосания. Необходимо удостовериться, что *докорм* - это единственный выход из ситуации. В любом случае решение о *докорме* принимает врач, оценивая каждый случай индивидуально после наблюдения за кормлением грудью. Все дополнительные кормления должны быть *задокументированы*, в том числе состав, объем, способ докорма и медицинские показания или причины.

Существуют общие клинические ситуации, когда может быть необходима оценка и организация грудного вскармливания, но **ДОКОРМ НЕ ПОКАЗАН**, в том числе:

1. Сонный ребенок, получивший менее чем 8 — 12 кормлений в первые 24-48 часов, с менее чем 7% потери веса и без признаков болезни.

После первого периода бодрствования после рождения в течение 2-х часов дети имеют разные циклы бодрствования и сна с кормлением или без. Особое внимание нужно обращать на ранние признаки готовности ребенка к кормлению и мягко будить младенца, чтобы попытаться приложить его к груди каждые 2-3 часа – это лучше, чем автоматический докорм через 6, 8, 12 или даже 24 часа. Основное правило в первую неделю: «БОДРСТВУЮЩИЙ РЕБЕНОК – ЭТО ГОЛОДНЫЙ РЕБЕНОК!» Увеличение времени контакта кожа-к-коже может способствовать более частым прикладываниям к груди

2. Здоровый, доношенный, соответствующий гестационному возрасту младенец, который имеет нормальный уровень билирубина после 72 часов жизни, при этом ребенок хорошо сосёт, адекватно опорожняет кишечник и потеря веса составляет менее 7%.

3. Ребенок, который очень беспокоен ночью или постоянно просит есть в течение нескольких часов.

4. Мать устала или хочет спать.

Для пунктов 3 и 4 правильная организация грудного вскармливания может оптимизировать кормления, сделав их более подходящими для младенца, и позволить матери больше отдыхать.

Мы работаем по трем «золотым правилам консультирования», которые всегда подсказывают что нужно делать:

- кормить ребенка,
- решать проблему,
- поддерживать маму.

В отделении новорожденных перинатального центра работа по грудному вскармливанию организована в соответствии с 10 принципами грудного вскармливания Всемирной организации здравоохранения, методическими рекомендациями Программы оптимизации вскармливания детей первого года жизни в Российской Федерации (2019 г.).

Основные показания к введению докорма:

Со стороны ребенка:

- 1) гипогликемия, в том числе бессимптомная (клинический протокол «Диагностика и лечение гипогликемии новорожденных», 2015);
- 2) симптомы, указывающие на недостаточное потребление молока (протокол Международной академии медицины грудного вскармливания, ABM Clinical Protocol № 3, 2017)
- 3) клинические или лабораторные признаки обезвоживания (вялость, сухость слизистых оболочек, урежение мочеиспусканий, повышение уровня натрия в сыворотке крови);
- 4) потеря массы тела ниже 75-го перцентиля (начиная с рождения), а также после 5 суток более чем на 8–10%. Первоначальная потеря (8–10%) массы тела новорожденного ребенка не является абсолютным показанием к введению ему докорма адаптированной смесью. Разработаны почасовые номограммы потери массы тела для здоровых новорожденных, согласно которым первоначальная потеря массы тела не должна превышать 75 перцентиль или 5-6% через сутки после рождения, 7-8% через 2 суток и 9-10% через 3 суток и более.
- 5) гипербилирубинемия, связанная с недостаточным потреблением грудного молока (начинается на 2–5-й день жизни, сопровождается потерей массы, задержкой стула и недостаточным мочеиспусканием);
- 6) стул менее 4 раз за первые 4 суток жизни или продолжение отхождения мекония на 5-е сутки.

Со стороны матери:

- 1) отсроченная лактация;
- 2) первичная железистая недостаточность (первичная гипогалактия встречается менее чем у 5% женщин);

- 3) патология грудных желез; операции, ведущие к недостаточной выработке молока;
- 4) нестерпимая боль во время кормления, не связанная ни с какими вмешательствами;
- 5) тяжелые хронические заболевания матери, оказывающие влияние на лактацию (эндокринные и др.).
- 6) Прием препаратов, которые запрещены при кормлении грудью.

Выбор докорма:

- 1) предметом первого выбора должно быть сцеженное материнское молоко;
- 2) при недостаточном объеме материнского молока (молока) следует отдавать предпочтение донорскому молоку (при его наличии);
- 3) при отсутствии донорского молока адаптированные смеси на основе гидролизата белка являются наиболее предпочтительными по сравнению со стандартными молочными смесями, так как они исключают ранний контакт с цельным коровьим молоком и способствуют более быстрому снижению уровня билирубина.

Докорм ребенку может быть введен различными способами: с помощью дополнительной системы кормления из груди (система SNS), бутылочки с соской, а также кормления из чашки, ложки, шприца или пальцевого кормления. В каждом конкретном случае врач принимает решение в зависимости от индивидуальных особенностей ребенка и предпочтений матери. На сегодняшний день нет убедительных доказательств в преимуществе какого-либо из применяемых способов докорма ребенка, также как и наличия рисков при их использовании.

Следует стремиться к тому, чтобы докорм детской смесью был временным, назначался в ограниченном объеме, проводился на фоне стимуляции лакта-

ции и своевременно отменялся при наличии у ребенка стабильных (в течение нескольких дней) прибавок в массе тела не менее 20–30 г/сут.

Возможны следующие схемы отмены докорма:

- 1) сохранение частоты введения докорма и постепенное ежедневное уменьшение объема смеси в каждом из кормлений;
- 2) сохранение объема смеси на одно кормление, но уменьшение частоты кормлений смесью.

При этом контроль массы тела ребенка проводится ежедневно. Длительность отмены — индивидуальная.

При анализе статистики по видам вскармливания детей при выписке из отделения новорожденных, а также учитывая негативную практику рутинного использования докормов, отсутствие контроля за необходимостью назначения докорма, его кратностью, также большой значимости правильного питания новорожденного ребенка в первые дни жизни - в отделении новорожденных перинатального центра разработан и внедряется в практику *чек-лист «Докорм в отделении новорожденных»*. надеемся предоставить результаты его работы на следующей конференции.

Врачи неонатологи и медицинские сестры нашего отделения работают в команде для того, чтобы новорожденные дети и их мамы были окружены максимальной защитой, чувствовали себя в безопасности и получали лучший уход. В том числе самую полезную пищу для новорожденного – грудное молоко!

ПАЦИЕНТООРИЕНТИРОВАННОСТЬ КАК ПАРАДИГМА БЕРЕЖЛИВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

*Дубинина Н.И., заведующий центром,
Ивко С.А., медицинская сестра
Региональный центр организации
первичной медико-санитарной помощи
Архангельской области ГБУЗ АО «Архангельская городская
клиническая поликлиника №1»*

В начале XXI века назрела необходимость изменений в работе поликлиники в связи с низкой эффективностью работы регистратуры, отсутствием возможности записаться на прием по сети Интернет, длительным временем ожидания приема врача даже при наличии талона на определенное время.

Приоритетный проект «Создание новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь» запущен Министерством здравоохранения Российской Федерации в 2016 г. с целью принесения принципов бережливого производства в сферу здравоохранения, внедрения понятия пациентоориентированности как приоритета интересов пациента при оказании первичной медико-санитарной помощи.

Проблемы, которые могут быть решены посредством применения Бережливых технологий: организация возможности удаленной записи на прием (посредством сети Интернет), уменьшение длительности ожидания приема, исключение пересечения потоков больных и здоровых пациентов, платных и бесплатных услуг, уменьшение потери времени на поиск бланков за счет внедрения метода организации пространства 5С и стандартизации рабочих мест; уменьшение времени на нахождения пациентов в поликлинике; передачи части функций врача медицинской сестре [1,2].

Главные задачи внедрения проектов в деятельность поликлиники:

- -обеспечение амбулаторного приема плановых пациентов врачами строго по предварительной записи и по времени;
- -разграничение потоков пациентов (плановая помощь, по неотложным показаниям, для прохождения профилактического осмотра, выписка направлений без участия врача- например, по актам Военного комиссариата);
- -обеспечение мест комфортного ожидания для пациентов;
- -организация системы навигации в медицинской организации – поиск информации - как пройти к конкретному кабинету- не должен быть более 30 секунд.

Какие процессы поликлиники являются первоочередными для реорганизации? Это работа входной группы поликлиники с ее многочисленными проблемами:

- 1) возможность первоначальной записи только при личном обращении в регистратуру (отсутствие удаленной записи при первоначальном обращении), редко – по телефону;
- 2) длительное время ожидания ответа по телефону;
- 3) проблемы общения регистратора и пациента – жалобы на хамство, отсутствие решения проблемы;
- 4) отказ от записи к врачу поликлиники другого района города (фактическое прикрепление к поликлинике по месту регистрации);
- 5) выполнение регистратором функций по записи пациента или выдаче талончика на прием, поиску амбулаторной карты, доставке амбулаторной карты в кабинет врача, ответы на вопросы пациентов по телефону или при личном обращении;
- 6) длительное время поиска амбулаторной карты, ответов анализов;
- 7) низкая эффективность навигации (длительность поиска информации о расположении нужного кабинета, обращения в регистратуру: «как

пройти?»).

- 8) проблема оказания помощи лицам с ограниченными возможностями (пандусы, санитарные комнаты, наличие лифтов);
- 9) отсутствие информационных материалов по контролирующим органам, времени приема руководителя поликлиники, возможности ознакомиться с медицинской документацией;
- 10) отсутствие стандарта организации рабочего пространства – расположение зоны картохранилища, call-центра.

Проблемы приема врача менее разноплановы:

- 1) длительное время ожидания приема даже при наличии талон в связи с приемом пациентов по талонам и пришедших по неотложным показаниям пациенты без талона одним врачом;
- 2) проблемы с отменой записи пациента при снятии приема врача;
- 3) длительное время ожидания амбулаторной карты из регистратуры и ответов анализов;
- 4) отсутствие четко прописанной схемы действий при возникновении нестандартных ситуаций как немедицинского характера, так при выявлении иных неотложных ситуаций с пациентом во время приема;
- 5) направление на запись в регистратуру для записи на прием к другому врачу;
- 6) сложности при направлении пациентов на консультации в вышестоящие медицинские организации;
- 7) все справки, результаты анализов, выдача направлений на обследование (например, для Военного комиссариата) идут только через врача, что повышает нагрузку на него.

Включение медицинских организаций в программу «Новая модель медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь» позволила решить следующие задачи:

- 1) уменьшение времени ожидания записи на прием;
- 2) уменьшить длительность ожидания при взятии крови на анализ;
- 3) сократить время поиска результатов исследований (ФОГ, анализы, гистология) за счет введения электронного документооборота и синтеза ЛИС (лабораторной информационной системы) в МИС (медицинская информационная система);
- 4) уменьшить разницу нагрузки врач и медицинской сестры на приеме за счет делегирования части функций медицинской сестре (выписка лекарственного средства льготной категории граждан);
- 5) организовать маршрутизацию пациента при проведении профилактического осмотра с целью уменьшения количества посещений и времени ожидания исследований;
- 6) повысить качество заполнения медицинской документации за счет использования формализованных протоколов электронной амбулаторной карты различных медицинских информационных систем;
- 7) снизить временные затраты при составлении отчета при использовании функции выборки в МИС[3.4.5].

Примеры внедрения проектов «Бережливая поликлиника».

- 1) Ведение расписания специалистов, в т.ч. в электронном виде в «Одних руках», своевременное внесение изменений в расписание, оповещение пациентов в случае отмены/изменения времени приема врача и др.
- 2) 2.Оформление электронных листков нетрудоспособности, справок о временной нетрудоспособности студента, учащегося техникума, ПТУ, о болезни, карантине и прочих причинах отсутствия ребенка, посещающего школу, детское дошкольное учреждение.
- 3) 3.Организация работы склада лекарственных препаратов и медицинских изделий в медицинской организации (учет, движение, хранение

лекарственных препаратов, медицинских изделий и расходных материалов).

- 4) «Сокращение неэффективного времени при осуществлении приема и передачи вызова врача на дом в детской поликлинике».

По данным Министерства здравоохранения, в поликлиниках, применяющих методы бережливого производства время ожидания пациента в очереди в регистратуре сократилось с 27 до 7 минут, а время дозвона – с 15 до 3 минут. С 30 до 60% выросла доля граждан, записывающихся на прием через дистанционные сервисы. Приема у врача посетители поликлиник стали в среднем ждать 13 минут вместо 43, а проходить профилактический осмотр – за один-два визита вместо пяти.

Таким образом, пациентоориентированность из декларативного принципа претворяется в жизнь[6,7].

Литература:

1. Постановление Правительства РФ от 9 октября 2019 г. №1304 «Об утверждении принципов модернизации первичного звена здравоохранения Российской Федерации и Правил проведения экспертизы проектов региональных программ модернизации первичного звена здравоохранения, осуществления мониторинга и контроля за реализацией региональных программ модернизации первичного звена здравоохранения».
- 2.«Бережливое производство для руководителей. Продвинутый уровень», 2014 г. Ф.А. Семёнычев.
3. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 31 июля 2020 г. № 785н «Об утверждении Требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности».
- 4.ГОСТ Р 56908-2016 Бережливое производство. Стандартизация работы.
5. Применение принципов бережливого производства в медицине / В. Ф. Арженцов // Управление качеством в здравоохранении. – 2018. – N 1. – С. 14-

18.

6. Бережливая поликлиника. Неожиданные проблемы и как их решить / Э. Вергазова // Зам. гл. врача. — 2018. — N 3. — С. 14-25.

7. Как сбалансировать работу врача и медсестры: опыт бережливой поликлиники /И. Шеинская, С. Куликов, В. Пасканова и др. // Здоровоохранение: Журнал для управления мед. организацией. — 2018. — N 1. — С. 46-50; Главная мед. сестра. — 2018. — N 3. — С. 98-102.

8. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 10 мая 2017 г. № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи».

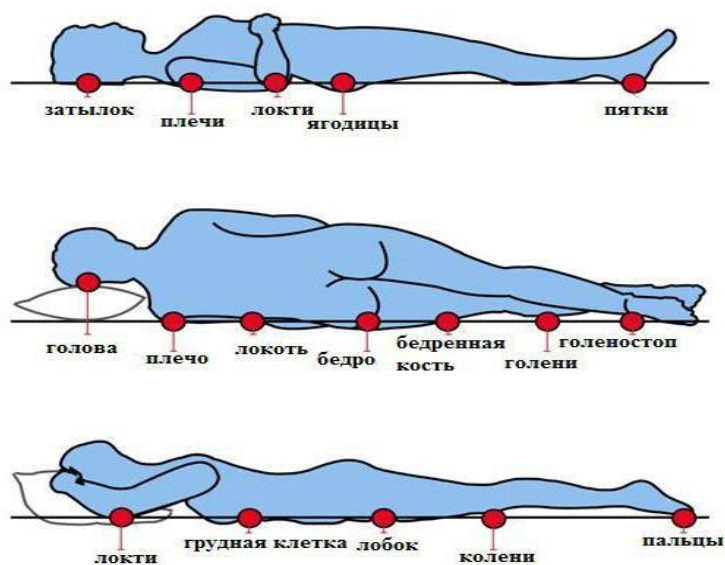
9. Бережливое производство [Электронный ресурс] / Центр бережливого производства. URL: <http://www.lean-pro.com/about-lean-manufacturing.html> (дата обращения: 15.01.2021).

ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА ПРОЛЕЖНЕЙ, КАК ОДНА ИЗ САМЫХ АКТУАЛЬНЫХ ПРОБЛЕМ УХОДА ЗА БОЛЬНЫМИ

*Мелешко О.В., врач-терапевт выездной патронажной службой паллиативной медицинской помощи
ГБУЗ АО «Архангельская городская клиническая больница № 6»*

Первой дошедшей до нас формулировкой термина «пролежень» является определение сэра Джеймса Педжета, данное им в 1873 г.: «Пролежень»(decubitis от лат. decumbere – лежать) – это язва, обусловленная давлением, или заболевание и омертвление или гибель части тела вследствие давления». В настоящее время под понятием пролежень подразумевают язвенно-некротические и дистрофические изменения тканей, возникающие на участках тела, которые подвергаются систематическому давлению, или образующиеся вследствие нейротрофических нарушений у ослабленных, длительно лежащих больных. Кроме того, пролежень может появиться у пациентов с переломами вследствие давления слишком тугой или неровной гипсовой повязки, а также у людей с зубными протезами (при его плохой подгонке).

Зоны риска образования пролежней



Стадии развития пролежня:

Стадия I - это начальная стадия развития пролежней, которая имеет следующие признаки:

- Кожа не повреждена;
- На коже имеется покраснение (у пациентов со светлой кожей), она не меняет цвет при надавливании;
- При более темной коже ее цвет зачастую не меняется, и кожа не белеет при надавливании. Иногда она выглядит раздраженной, багровой или цианотичной;
- Этот участок кожи может быть болезненным, чувствительным, быть мягче, теплее или прохладнее по сравнению с другими участками кожи.

Стадия II - пролежень представляет собой открытую рану:

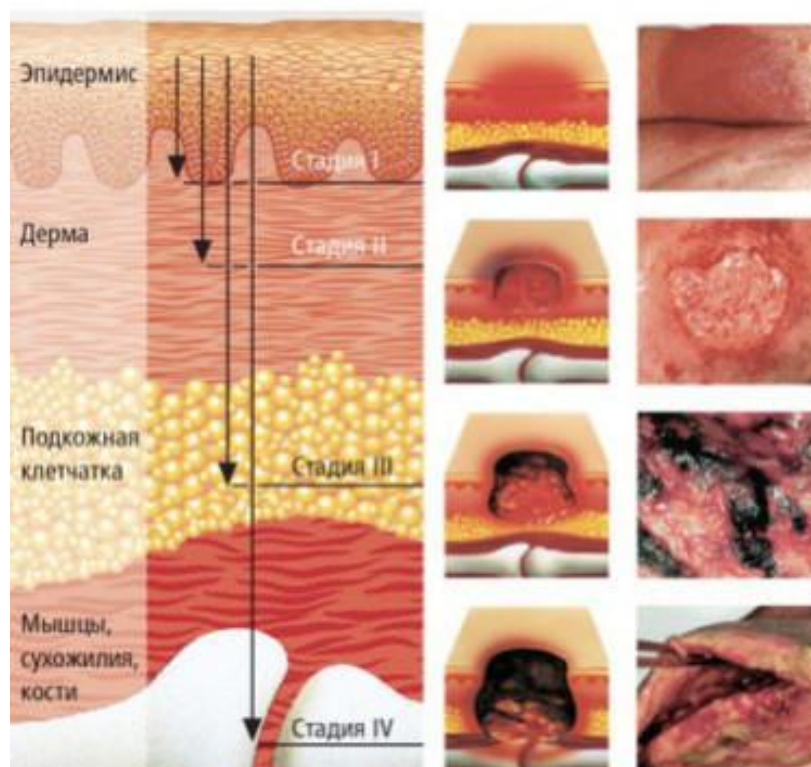
- Внешний слой кожи (эпидермис) и часть дермы либо повреждаются, либо отсутствуют;
- Пролежень выглядит, как отечная, красно-розовая, похожая на язвучную рану;
- Также пролежень может выглядеть, как неповрежденный или лопнувший пузырь с жидкостью.

Стадия III - пролежень представляет собой глубокую рану:

- Обычно некроз достигает жировой ткани, а не только кожи;
- Язва начинает выглядеть, как кратер;
- Дно язвы может быть представлено омертвевшей желтоватой тканью;
- Повреждение может распространяться и далее, между слоями здоровой кожи.

Стадия IV - характеризуется обширным некрозом тканей:

- В рану могут выстоять мышцы, кости и сухожилия;
- Дно раны обычно представлено темной, твердой омертвевшей тканью;
- Обычно поражение распространяется далеко за пределы первичного очага между слоями здоровых тканей.



Причины образования пролежней:

- Преклонный возраст (с возрастом содержание влаги в коже и её эластичность уменьшаются, она становится более тонкой, и связь кожи с подкожной клетчаткой легко нарушается),
- Потеря веса или лишний вес,
- Изменение чувствительности у парализованных больных и больных сахарным диабетом,
- Нарушение кровообращения
- Анемия,

- Недостаток гигиены и складки на постельном белье,
- Высокая температура, повышенное потоотделение, недержание кала и мочи,
- Потертости и травм кожи, которые могут быть вызваны неправильным распределением давления, когда больного небрежно поворачивают в кровати и он «сползает» в неправильное положение.

Факторы риска развития пролежней:

- Неподвижность или ограничение подвижности пациента (паралич, длительная иммобилизация),
- Дефицит ухода,
- Болезни обмена веществ (сахарный диабет, метаболические нарушения),
- Несбалансированное питание, низкая масса тела или избыточный вес,
- Высокая температура тела, повышенное потоотделение,
- Недержание мочи и/или кала,
- Анемия,
- Гипотония,
- Неврологические расстройства,
- Травмы опорно-двигательного аппарата (позвоночника, костей таза, нижних конечностей),
- Преклонный возраст,
- Отеки,
- Нарушение функции лимфооттока,
- Кожные заболевания (ксероз кожи, псориаз, атрофические изменения кожи, распространённая экзема, дерматиты, пиодермии),
- Инфекционные заболевания,

- Нарушения трофики, связанные с заболеваниями нервной системы и сосудов (нарушение кровообращения в сосудах нижних конечностей, нарушения чувствительности кожи).

Шкала для оценки степени риска развития пролежней

<i>Параметры</i>	<i>Характеристики</i>	<i>Баллы</i>
Пол	мужской	1
	женский	2
возраст	14-49	1
	50-64	2
	65-74	3
	75-80	4
	Старше 81	5
Индекс массы тела (вес в кг)/(рост в м) ²	20-25 (норма)	0
	26-30 (полнота)	1
	Свыше 31 (ожирение)	2
	Ниже 19 (истощение)	3
Питание, аппетит	Среднее	0
	Недостаточное	1
	Зондовое	2
	Только жидкости	2
	Анорексия	3
Контроль над функцией тазовых органов	Не нарушен	0
	Катетеризирован мочевого пузыря, система для отведения стула	0
	Периодическое недержание	1
	Катетеризирован мочевого пузыря, неконтролируемая дефекация	2
	Недержание кала и мочи	3
Хирургические вмешательства	Ортопедические операции на нижних конечностях, костях таза или позвоночнике	5
	Нахождение на операционном столе более 2 часов	5
Подвижность	Неограниченная	0
	Двигательное возбуждение	1
	Апатичность	2
	Ограниченная	3
	Инертность на скелетном вытяжении	4

	Прикован к стулу/постели	5
Терминальная кахексия		8
Сердечная недостаточность		5
Болезни периферических сосудов		5
Курение		1
Кожные покровы в зонах риска	Здоровые	0
	«Папиросная бумага»	1
	Сухие	1
	Отёчные	1
	Липкие	1
	Изменение цвета	2
	Нарушение целостности (трещины и т.п.)	3
Анемия		2
Приём лекарств	Кортикостероиды, цитостатики, высокие дозы противовоспалительных препаратов	4
Неврологический дефицит	Средний	4
	От среднего к тяжёлому	5
	Тяжёлый	6

Профилактика развития пролежней:

- Постельное и нательное бельё лежачего больного должно быть из натуральных тканей, хорошо впитывающих влагу (лён, хлопок). На простыне не должно быть складок, швов и крошек.
- Длительное воздействие мочи, кала и пота повреждает поверхностный слой кожи.
- Для ухода за кожей используйте средства профессиональной дерматокосметики, предназначенной для ухода за больными с ограничением подвижности.
- Для очищения кожи пациента следует обрабатывать моющим кремом, пеной, лосьоном, салфетками для мытья больных.

- Для увлажнения и защиты кожи используйте специальные профессиональные средства для лежачих больных и только в тех местах, где это необходимо.
- Если проводят гигиенический душ, то не рекомендуется использовать мыло, жёсткие мочалки и трение. Лучше использовать гель для душа согласно возрасту пациента. После мытья с применением воды кожу не вытирают (растирают), а промокают мягким (хорошо впитывающим влагу) полотенцем.
- Питание пациента должно быть разнообразным, содержать достаточное количество витаминов и белка.

Профилактические мероприятия должны быть направлены на:

- Своевременная оценка риска развития пролежней.
- Наблюдение за состоянием кожи пациента, особенно в зонах риска развития пролежней.
- Гигиенический уход, поддержание чистоты кожи и её умеренной влажности (не слишком сухой и не слишком влажной).
- Устранение сопутствующих проблем (борьба с кожным зудом, болью, бессонницей, чрезмерным потоотделением, повышенной температурой тела, нормализация психологического статуса).
- Улучшение кровообращения и микроциркуляции в зоне риска развития пролежней.
- Предупреждение трения и сдвига тканей при перемещении больного и создания правильного положения в кровати во время перемещения больного или при его неправильном размещении.
- Обеспечение нормальной температуры кожи.
- Правильный подбор, обеспечение и использование технических средств реабилитации и ухода (правильное абсорбирующее бельё).
- Обеспечение больного адекватным питанием и питьём.

- Обучение близких уходу за больным.
- Уменьшение давления в местах костных выступов и в зонах риск развития пролежней.
- Правильный подбор постельного и нательного белья, постельных принадлежностей.
- Правильный подбор кровати.

Необходимо помнить:

- При наличии покраснения следует освободить соответствующую область от давления до исчезновения покраснения.
- Необходимо проводить воздушные ванны.
- Кожу осторожно смазывать увлажняющим кремом и ждать, пока крем полностью не впитается.
- Поврежденную кожу с целью защиты можно покрыть гидроколоидным раневым покрытием, которое предупредит углубление повреждения.
- Не следует тереть кожу.
- Остерегайтесь излишней влаги.
- Не вскрывайте маленькие пузыри.

Лечение пролежня состоит из комплекса мероприятий, который включает в себя:

- снятие давления на пострадавший участок;
- защиту здоровых тканей, окружающих рану;
- улучшение иммунитета и создание условий для обеспечения естественного процесса заживления;
- облегчение боли;
- недопущение инфицирования раны или лечение проникшей инфекции;
- санацию раны (удаление мертвых тканей);
- контроль уровня сахара и холестерина в крови, лечение анемии и т. д.

Целью лечения являются восстановление кожных покровов в области пролежня.

Общая схема лечения пролежней:



Курс лечения пролежней состоит из 3 основных этапов:

1. Восстановить кровообращение в месте повреждения кожи
2. Очистить рану от раневого экссудата, гноя, некротических масс
3. Способствовать скорейшему заживлению очищенной раны

Для восстановления кровообращения используют противопролежневые матрасы, частое изменение положения тела пациента, массаж.

Для очищения и заживления ран применяют специальные противо-пролежневые повязки. Пролежни 3 и 4 стадии требуют хирургического вме-шательства.

Современные требования к повязкам:

- Имеют широкий ассортимент перевязочного материала, с учетом фазы и особенностей течения раневого процесса.
- Выпускаются в различных модификациях, имеющие в своем составе лекарственные вещества для пролонгированного терапевтического эффекта.
- Имеют широкий размерный ряд, для ран с различной поверхностью.
- *Преимущества современного перевязочного материала:*
- Имеют широкий ассортимент перевязочного материала, с учетом фазы и особенностей течения раневого процесса.
- Выпускаются в различных модификациях, имеющие в своем составе лекарственные вещества для пролонгированного терапевтического эффекта.
- Имеют широкий размерный ряд, для ран с различной поверхностью.

Классификация перевязочного материала:

1. Противоинфекционные перевязочные средства

- ВоскоПран с мазью Левомеколь; с мазью Диоксидин; с мазью Повидон-йод.
- ПараПран с Хлоргексидином; ПараПран с Химотрипсином; ПолиПран с Диоксидином.

2. Средства для влажного заживления

- ГелеПран с серебром; с Мирамистином; с Лидокаином; ПолиПран с Лидокаином.

3. Активные ранозаживляющие средства

- ВоскоПран с мазью Метилурациловой

4. Обезболивающие перевязочные средства

- ПараПран с Лидокаином; ГелеПран с Лидокаином; ПолиПран с Лидокаином.

5. Сорбирующие перевязочные средства

- ВоскоСорб; МедиСорб; ГемоСорб.

6. Биополимерные ранозаживляющие перевязочные средства

- ХитоПран.

7. Фиксирующие и иммобилизирующие перевязочные средства

- РолеПласт; КоБинт.

Пролежни могут появляться у людей любого возраста, если они не могут самостоятельно изменить положение тела. Например, прикованы к постели или креслу-каталке. Лечение и профилактика пролежней - целый комплекс мер по уходу за больным человеком. Проще предупредить пролежни, чем лечить их. Поэтому медицинскому персоналу (врачам, медицинским сёстрам, фельдшерам) очень важно научить родственников и самих пациентов правильному уходу и профилактике пролежней. А если всё-таки случилась ситуация и пролежень уже появился на коже, важно вовремя начать лечение и предотвратить развитие более поздних стадий.

БЕРЕЖЛИВОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ: ОРГАНИЗАЦИЯ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ В МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИОННОЙ СИСТЕМЕ

Мохначёва Т.Е., главная медицинская сестра,

Моногарова Ю.Ю., главный врач,

*Шкерская Н.Ю., зам. главного врача по экспертизе КЭРи экспертизе вре-
менной нетрудоспособности*

ГБУЗ АО «Архангельская городская клиническая больница № 7»

Приоритет профилактики в сфере здравоохранения является одним из основных принципов охраны здоровья населения (Федеральный закон от 21 ноября 2011 года №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации») [4].

На федеральном и региональном уровне принимаются целевые программы по предупреждению развития хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ), по реабилитации пациентов, имеющих эти заболевания в анамнезе. Особое внимание уделяется сердечно-сосудистым заболеваниям. Ишемические болезни сердца, инфаркт миокарда, цереброваскулярные болезни являются ведущими причинами смертности среди болезней системы кровообращения.

В медицинских организациях в рамках проекта «Создание новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь» реализуются проекты по бережливым технологиям. Первичное звено в настоящее время ориентировано на профилактическое направление работы, в том числе на диспансерное наблюдение пациентов с ХНИЗ.

Проведение диспансеризации, организация диспансерного наблюдения (ДН), доступность медицинской помощи являются основополагающими при оказании медицинской помощи населению.

Возросшая нагрузка на первичное звено вследствие пандемии COVID-19 лишь усугубило проведение ДН за пациентами с хронической патологией. В сложившейся ситуации цифровые технологии в здравоохранении приходят «на помощь» специалистам первичного звена.

ГБУЗ «АГКБ № 7» выступила с инициативой рассмотреть проблему организации ДН с позиции бережливых технологий. Обеспечение методологического, образовательного и консультативного сопровождения проекта осуществлялось Северным государственным медицинским университетом.

В медицинской организации издан приказ о начале реализации проекта по диспансерному наблюдению, утверждены «Дорожная карта» и «Паспорт проекта». В рабочую группу вошли заинтересованные лица: главный врач – заказчик проекта, главная медицинская сестра – руководитель проекта, заместитель главного врача по медицинской части и заведующая поликлиникой – участники проекта.

Рабочая группа определила цели и плановые эффекты. Целью проекта стало достижение целевых показателей по ДН, а эффектами:

1. Снижение трудозатрат медицинского персонала путем минимизации бумажного документооборота и необходимости применения «ручной обработки информации».

2. Повышение качества оказания медицинской помощи в рамках ДН путем консолидации всех данных по каждому пациенту, с учетом всех имеющих у пациента факторов риска ХНИЗ, хронической патологии, подлежащей диспансерному наблюдению.

По результатам опроса медицинского персонала и пациентов – определены основные проблемы в организации ДН.

Основные проблемы, обозначенные сотрудниками, в большей степени носили организационный характер:

- Недостаточная доля взятия пациентов с впервые выявленным диагнозом на ДН
- Недостаточная доля обследований в рамках диспансерного наблюдения
- Не все подлежащие приглашаются на диспансерную явку
- Длительное время формирования случая взятия на диспансерное наблюдение по выставленному диагнозу
- Длительное время назначения обследований в процессе ДН
- Не вся информация вносится в статистический талон
- Основные проблемы, обозначенные пациентами, связаны с не информированностью пациентов:
 - Не информированы о необходимости диспансерного наблюдения
 - Не назначается повторная явка
 - Не знают когда, к кому и в какое время необходимо подойти на прием.

Для поиска коренных причин использовали метод анализа проблем 5 «Почему?»

Для решения поставленной цели определены следующие алгоритмы решения проблем:

- 1) Наполнить модуль «Диспансерное наблюдение» в МИС согласно нормативно-правовой базы по патологиям и клиническим рекомендациям.
- 2) Создать электронную базу пациентов, подлежащих диспансерному наблюдению в МИС.
- 3) Обеспечить полное обследование пациентов, с хроническими неинфекционными заболеваниями.

4) Обеспечить автоматизированный контроль пациентов, подлежащих диспансерному наблюдению, с оценкой динамики их состояния.

При заполнении модуля «Диспансерное наблюдение», информация в МИС вносилась согласно клиническим рекомендациям, действующему законодательству по диспансерному наблюдению взрослого населения с последующим формированием карты ДН согласно учетной форме № 030/у «Контрольная карта диспансерного наблюдения» [2,3].

Приказом Минздрава России от 24.12.2018 N 911н «Об утверждении Требований к государственным информационным системам в сфере здравоохранения субъектов Российской Федерации, медицинским информационным системам медицинских организаций и информационным системам фармацевтических организаций» законодательно утверждены требования к МИС в части профилактических мероприятий – п.32 Приказа: Организация профилактики заболеваний включает проведение диспансеризации, профилактических медицинских осмотров, иных профилактических мероприятий, учет граждан, прошедших профилактические медицинские осмотры, диспансеризацию, взаимодействие со страховыми медицинскими организациями и обеспечивается посредством формирования списков граждан, которым необходимо пройти диспансеризацию, профилактические медицинские осмотры, а также автоматизированное выявление случаев, требующих реагирования и контроля предпринятых мер, мониторинг необходимости направления пациента на второй этап диспансеризации [1].

Таким образом, модуль «Диспансерное наблюдение» в МИС есть в базовой версии МИС, т.е. он имеется в каждой медицинской организации первичного звена.

При использовании данного модуля специалисты первичного звена получают возможность планировать ДН в автоматизированном режиме, формировать количество диспансерных явок, комплекс диагностических ис-

следований, проводить анализ данных обследований пациента в течение года. Таким образом, уходит «человеческий фактор» при планировании, проведении, анализе данных ДН. ДН осуществляется – точно, вовремя, в полном объеме, в установленные сроки.

Данный модуль виден, а также доступен для внесения изменений и корректировки всем врачам специалистам, участвующим в проведении ДН в МО.

При выставлении диагноза (по МКБ 10), подлежащего ДН, модуль в автоматизированном режиме предлагает лечащему врачу группу диспансерного наблюдения, врачу остается только согласиться с предложенным выбором.

При использовании данного модуля специалисты первичного звена получают возможность планировать объем и периодичность ДН в автоматизированном режиме.

В автоматизированном режиме формируются и количество диспансерных явок.

Необходимо отметить, при использовании данного модуля есть возможность сформировать комплекс диагностических исследований по всем направлениям диспансерного наблюдения, если у пациента несколько заболеваний.

Лечащий врач получает возможность проводить анализ данных обследований пациента в течение всего периода наблюдения пациента с учетом индивидуальных особенностей, зафиксированных в электронной медицинской карте.

Непосредственно в данном модуле можно записать пациента на свободные талоны, при переходе на вкладку «записать» модуль предложит свободные талоны к специалисту, в консультации которого нуждается пациент.

При переходе на вкладку «записать» модуль предложит свободные талоны по данному направлению обследования, например, электрокардиография.

У лечащего врача и медицинской сестры появляется возможность записать пациента в процедурный кабинет для лабораторной диагностики, при переходе на вкладку «записать», в случае, если на выбранную дату отсутствуют свободные талоны в процедурный кабинет, то модуль предложит другие даты с указанием свободных талонов.

В данном же модуле лечащий врач сможет оформить направления на лабораторную диагностику. Перечень лабораторной диагностики сгруппирован по нозологиям, например, при необходимости обследования пациента с диагнозом «Сахарный диабет 2 типа», врачу необходимо лишь «кликнуть» во вкладке «Шаблоны» на группу «Сахарный диабет 2 типа» и система сама предложит полный перечень обследования в части лабораторной диагностики, согласно классификатору услуг.

Таким образом, врачу не требуется «держать в голове» полный перечень обследований, подбирать в справочнике необходимые анализы, уходят такие риски как «забывчивость», «невнимательность» и т.д.

Необходимо отметить, что модуль позволяет более качественно и эффективно осуществлять ДН, так как идет оценка индивидуальных данных пациента в ЭМК (данные осмотров специалистов, инструментальная, лабораторная диагностика в течение всего периода наблюдения пациента, в том числе сведения об образе жизни, наличии вредных привычек и т.д.).

Таким образом, ДН осуществляется – точно, вовремя, в полном объеме, в установленные сроки. Данный модуль виден, а также доступен для внесения изменений и корректировки всем врачам специалистам, участвующим в проведении ДН в медицинской организации.

Немаловажно и то, что при использовании модуля появляется возможность планирования ДН по территориально-участковому принципу, по группе диспансерного наблюдения. Планирование можно осуществлять на любой период (месяц, квартал, полгода, год).

Результатом такого планирования, станет таблица Excel, в которой будут отражены все необходимые сведения о пациенте, перечислен план обследования пациента, при этом, если пациент уже обследован по какому-либо направлению, то система отразит это в таблице с указанием следующей даты обследования. Таким образом, уходит проблема не только «недообследованных» пациентов, но и «гипердиагностики», нагрузка на диагностические отделения выравнивается, появляется возможность дополнительных талонов на диагностику. Также необходимо отметить, что в данной таблице в последнем столбце указывается информация о медицинском специалисте, у которого пациент был в последний раз.

Результатом работы стала разработка алгоритма работы по ДН в медицинской организации, в котором обозначена вся последовательность действий медицинского персонала при работе в данном модуле.

Данный модуль можно применять при любых состояниях и заболеваниях: будь то диспансерное наблюдение за детьми, беременными женщинами, «рентген-положительными» или онкологическими пациентами и т.д.

При использовании данного модуля можно достигнуть следующих результатов:

1. Повышение качества оказания медицинской помощи в рамках ДН путем консолидации всех данных по каждому пациенту, с учетом всех имеющих у пациента факторов риска ХНИЗ, хронической патологии, подлежащей диспансерному наблюдению.

2. Консолидация сведений о ДН в разрезе каждого пациента, обмен сведениями между врачами специалистами, автоматизированное планирование ДН
3. Оценка качества проводимых профилактических мероприятий по ДН
4. Возможность в автоматизированном режиме формировать регистры пациентов, подлежащих ДН по патологии.
5. Снижение трудозатрат медицинского персонала путем минимизации бумажного документооборота и необходимости применения «ручной обработки информации»
6. Доступность информации по ДН для пациента путем интеграции данных электронной медицинской карты в личный кабинет на едином портале Государственных услуг, возможность в автоматизированном режиме информировать пациентов о предстоящей диспансерной явке.
7. Взаимодействие со страховыми компаниями, ТФОМС с целью дополнительного информирования пациентов о необходимости своевременного посещения медицинской организации для ДН.
8. Точность статистических данных в отношении ДН пациентов, страдающих хроническими заболеваниями: количество пациентов в разрезе заболеваний, количество диспансерных осмотров, наличие медикаментозной терапии, результаты ДН и т.д.

Таким образом, мы можем с уверенностью сказать, что полноценно заполненная электронная медицинская карта в настоящее время представляет собой ядро системы здравоохранения в схеме пациентоориентированной медицины и полностью отражает философию 4П-медицины:

- 1) Предиктивность
 - выявить риски
 - предсказать болезнь
- 2) Профилактика

- предупредить болезнь
- отсрочить возникновение болезни

3) Персонализация

- индивидуальный подход (учет индивидуальных особенностей, факторов риска и т.д.)

4) Партисипативность

- активное участие пациента в сохранении здоровья
- информирование пациента
- умные «гаджеты», позволяющие контролировать состояние здоровья

Литература:

1. Приказ Минздрава России от 24.12.2018 № 911н «Об утверждении Требований к государственным информационным системам в сфере здравоохранения субъектов Российской Федерации, медицинским информационным системам медицинских организаций и информационным системам фармацевтических организаций» (Зарегистрировано в Минюсте России 19.06.2019 № 54963). Официальный интернет-портал правовой информации <http://www.pravo.gov.ru>.
2. Приказ Минздрава России от 15.12.2014 N 834н «Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и порядков по их заполнению» (Зарегистрировано в Минюсте России 20.02.2015 N 36160) Официальный интернет-портал правовой информации <http://pravo.gov.ru>, 26.02.2015.
3. Приказ Минздрава России от 15.03.2022 N 168н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми» (Зарегистрировано в Минюсте России 21.04.2022 N 68288) Официальный интернет-портал правовой информации <http://pravo.gov.ru>, 21.04.2022.

4. Федеральный закон Российской Федерации № 323-ФЗ от 21 ноября 2011 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // Опубликован 28.11.2011 // «Собрание законодательства РФ», 28.11.2011, N 48, ст. 6724.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЛИЦ «СЕРЕБРЯНОГО ВОЗРАСТА». СНИЖЕНИЕ ВЕРОЯТНОСТИ КОНФЛИКТОВ С ПОЖИЛЫМИ ПАЦИЕНТАМИ В МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

*Плужникова Н.Е., медицинская сестра,
Растегаева Е.С., клинический психолог,
заведующая кабинетом профилактики
ГБУЗ АО «Архангельская клиническая
психиатрическая больница»*

Какой возраст считать пожилым? По стандарту ВОЗ - это 65 лет. В России пожилые люди - 14,4 % населения и этот процент стабильно растет.

Процесс «нормального старения» оказывает влияние на работу мозга. Основные изменения в когнитивных ф-х происходит в 45-60 лет. Считаются нормальными возрастными изменениями: снижение концентрации внимания (в т. ч. на разговоре, задаче, устает) и снижение скорости реакций (больше времени нужно на обработку информации). Но при этом много опыта взаимодействия с другими людьми, пожилой человек адаптивен, может быть интеллектуально сохранным. Если начинаются нарушения памяти, то скорее всего, речь идет не о возрастных изменениях, а о развитии патологического процесса.

Какие же проблемы и когда могут возникать при общении с пожилым пациентом?

Легкие когнитивные нарушения наблюдается у 11-15 % лиц старше 65 лет. Это приобретенное снижение когнитивных функций. Чаще всего памяти. Без развития социальной, профессиональной дезадаптации.

Деменция – синдром, обусловленный поражением головного мозга, нарушаются многие высшие психические функции, включая память, счет,

письмо, речь, мышление, понимание, ориентацию, способность к обучению. В РФ более 2 млн человек больны деменцией.

Поэтому есть много сложностей в общении. Но важно, что не у всех пожилых людей есть деменция и разрушаются когнитивные функции.

Может быть депрессия. Психическое расстройство, признаками которого являются: снижение настроения, способности получать удовольствие, низкая самооценка, неадекватное чувство вины, пессимизм, нарушения концентрации внимания, усталость, отсутствие энергии, нарушения сна и аппетита. Около 30 % людей старше 65 лет с депрессией.

Социальные факторы, влияющие на психику:

- одиночество,
- низкая материальная обеспеченность,
- низкая доступность медицинских услуг,
- нехватка занятости и разнообразного досуга,
- отсутствие перспектив развития,
- отсутствие уважения в обществе.

Проблемы в общении с пожилыми пациентами:

- требуется больше времени на общение,
- неразборчивость речи,
- не всегда итоги общения устойчивы (забывают, меняют решение),
- высокая потребность во внимании, устойчивый запрос на отвлеченное общение,
- острая и внезапная эмоциональная реакция (плачут, так и наоборот, замыкаются в себе),
- недопонимание смысла слов и выражений, искаженная трактовка сказанного, назначений врача.

Главная проблема в общении - предвзятое отношение!

«Эйджизм»- создание стереотипов, и дискриминация отдел людей или групп людей по возраст признаку. Существуют стереотипы о пожилых, например:

- они все глухие, слепые, немощные,
- у всех психические расстройства,
- все обидчивые, капризные,
- надоедливые, болтливые,
- медленно думают, ничего не помнят,
- все мысли только о болезнях,
- как дети.

Как воспринимать пожилого пациента:

- это пациент, с которым возможно нужно найти особый способ коммуникаций,
- это пациент, у которого могут быть не простые социальные условия,
- не всегда отдает отчет, как его слова и действия влияют на окружающих,
- с которым нужно уметь общаться и находить профессиональный индивидуальный подход (т.к. скорость р-й, внимания изменена). Например, записать памятку, инструкцию.

Рекомендации по общению:

- проявляйте дружелюбие, внимание, интерес,
- уделяйте время установлению контакта,
- исключите конфликтогены,
- уточняйте хорошо ли вас слышно,
- Проявляйте взаимное понимание,
- уточняйте, нужна ли помощь, прежде чем помогать в бытовых вопросах,

- находите способы донесения информации (картинка, памятка, текст, демонстрация),
- предлагайте помощь родственникам,
- внимательно слушайте (не игнорируйте),
- принцип «сначала сказал, потом сделал» - относительно манипуляций, действий. Проговариваем: «Сейчас я буду Что делать?» - чтобы подготовился,
- объясняйте цели процедур, смысл рекомендаций,
- будьте готовы объяснить еще раз (то, что понятно вам, может быть не совсем понятно пациенту).

Рекомендации в случае напряженного общения:

- терпение,
- не спорьте, а аргументируйте, показывайте позитивные последствия, уговаривайте, подождите,
- применяйте техники снятия эмоционального накала – похвала, присоединение,
- не принимайте негатив на себя,
- уделяйте время собственному эмоциональному здоровью (время для тишины и покоя, дыхательные упражнения, мышечная релаксация, приятная музыка, звуки природы и др.)

«ШКОЛА ПАМЯТИ» КАК ИНСТРУМЕНТ ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ДЕМЕНЦИЕЙ И КОГНИТИВНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

*Растегаева Е.С., клинический психолог,
заведующая кабинетом профилактики
ГБУЗ АО «Архангельская клиническая
психиатрическая больница»*

По данным ВОЗ распространенность болезни Альцгеймера с каждым годом растет. Сегодня более 35 миллионов человек во всем мире страдают от деменции, однако, по прогнозам ученых, их число будет удваиваться каждые 20 лет, достигнув 65,7 миллиона в 2030 и 115,4 миллиона в 2050. В Российской Федерации насчитывается около 1,5 млн. больных, живущих с деменцией. С увеличением среди населения людей пожилого возраста, будет расти количество возраст-зависимых заболеваний в общей структуре заболеваемости.

Заболевание деменцией кардинально меняет жизнь человека. Он перестает понимать и запоминать новую информацию, логически мыслить, не узнает своих детей и близких друзей. Постепенно он утрачивает все жизненные навыки, теряет свою личность. Для родных пациента эта болезнь всегда становится тяжелым испытанием, которое нередко продолжается многие годы. Лица, за которыми осуществляется уход, зависят от своего опекуна, а, следовательно, они уязвимы в отношении характера, качества ухода и помощи со стороны этого конкретного человека.

Родственники, которые ухаживают за пациентами с деменцией, сталкиваются с: сокращением личного времени, значительными затратами энергии и

финансов, отрицательным влиянием на личную и профессиональную деятельность, значительной нагрузкой на эмоциональную сферу (свыше трети лиц, опекающих своих родственников с деменцией, испытывают чрезмерное напряжение, страдают депрессией или другим психическим заболеванием).

На человека, осуществляющего уход, действуют следующие стрессоры:

- первичные, непосредственно связанные с уходом за больным (поведение, потребность в посторонней помощи, тяжесть состояния);
- вторичные, вызывающие напряжение (например, конфликт с трудовой, семейной и социальной жизнью; финансовые трудности);
- вторичные интрапсихические, (нарушение самоидентичности, эмоции страха, вины, отчаяния и несправедливости).

С 2017 года в ГБУЗ АО «Архангельская клиническая психиатрическая больница» отдел профилактики реализует психопрофилактическую программу «Школа памяти», для лиц, ухаживающих за больными с деменцией. Это не только родственники и близкие больных, но и медицинский персонал отделений сестринского ухода, паллиативных отделений, сестры милосердия. Два важных аспекта занятий: информация и обучения, а психотерапевтическая помощь и поддержка.

На занятиях дается информация о деменции, и родственники обучаются навыкам ухода. Психологический аспект работы заключается в том, чтобы помочь:

- принять ситуацию (факт болезни родственника),
- осознать и принять свои эмоции, ответственность за них,
- обучиться способам преодоления негативных переживаний,
- обрести внутреннее равновесие и опираться на него,

Есть разделы: диагностика выраженности симптомов эмоционального выгорания, астении, ознакомление с понятием, признаками эмоционального выгорания, стресса, методы эмоционального саморегулирования, релакса-

ции, основы тайм-менеджмента, арт-терапия как метод снятия эмоциональной напряженности. Каждое занятие включает в себя теоретическую и практическую части, что позволяет узнать и отработать навыки, необходимые для снятия эмоционального напряжения.

Перечень тем в работе Школы Памяти:

- 1) Введение в проблему деменции (что такое деменция, причины, стадии развития болезни, диагностика, профилактика).
- 2) Практические советы по общению с пациентом с деменцией. Даются рекомендации по преодолению проблем, связанных с поведением и общением, встречающихся при уходе за больной деменцией (возбуждение, паранойя, обвинения, бессонница, галлюцинации и др.).
- 3) Когнитивный тренинг Поддержание самостоятельной речи и понимания речи. Сохранение чтения и письма, навыков счета, поддержание памяти. Формы проведения таких занятий.
- 4) Принципы ухода за пациентом. Средства ухода. Функции, требующие контроля и коррекции: гигиена, уход за кожей, одевание, кормление и питание. Профилактика осложнений (запоров, застойной пневмонии, пролежней). Безопасность жилища.
- 5) Тренинг «Быть с другим, оставаясь в контакте с собой». Что формирует тревогу и депрессию у осуществляющего уход за больным родственником. Как справиться с эмоциями вины, обиды и раздражения.
- 6) Тренинг «Личные ресурсы жизнестойкости». Способы заботы о себе и поднятия уровня энергии. Как помочь себе, техники совладения со стрессом.
- 7) Арттерапия (рисунок, как инструмент восстановления жизненной энергии)

Проект Школа Памяти, помимо проведения групп для родственников больных, включает и другие направления работы. Например,

- занятия с персоналом социальных центров помощи обслуживания населения,
- информационные акции для населения, где проводятся лекции на тему сохранения психического здоровья и скрининговые исследования когнитивных нарушений,
- нейрокогнитивные тренинги для больных и лиц пожилого возраста.

Занятия Школы проходят раз в неделю в течение всего года, бесплатные, запись по телефону 8-902-196-79-65.

ВОСЕМНАДЦАТЬ ПРОСТЫХ ПРИЕМОВ, КОТОРЫЕ ПОЗВОЛЯТ СТАТЬ БЛИЖЕ К ПАЦИЕНТАМ

Трегубова Л.Н., специалист отдела мониторинга

**ГБУЗ АО «Архангельский областной центр общественного здоровья и ме-
дицинской профилактики»,**

Миранова Л.В., врач-методист

ГБУЗ АО «Архангельская областная клиническая больница»

Пациентоориентированность становится главным вектором развития российской системы здравоохранения. Проблема взаимоотношений врача и пациента существует давно. Является она актуальной и в настоящее время. Взаимоотношения между медицинским работником и пациентом складываются по-разному, не всегда одна сторона бывает довольна другой. Этому есть вполне логичное объяснение, ведь пациент обращается к медицинскому работнику в тревоге и страхе за самое важное – здоровье и жизнь, которые он вверяет в руки человеку в белом халате.

Давно известно, что доверительные отношения между медицинским работником и пациентом оказывают на результат лечения значительное влияние. Умение их построить – неотъемлемая часть профессионализма медицинского работника. Реально ли это сегодня, когда имеют место процессы урбанизации, ускорение ритма жизни и технического прогресса, происходит множество общественных событий. Запись на прием и визит к врачу или фельдшеру – все строго по алгоритму, регламенту и стандарту. Сегодня врач, фельдшер и медицинская сестра помимо приема пациентов заполняют массу документов, при этом они постоянно думают о выполнении плана. Как в таких условиях проявить каждому пациенту чувство эмпатии и индивиду-

альный подход? Но и вполне объяснимы претензии пациентов, когда они не получают то, чего ожидали.

Причина этого явления проста: мы умеем лечить, но не всегда умеем делать это так, чтобы пациент остался полностью удовлетворен. Мы фокусируемся на соблюдении шаблонов и стандартов, переставая видеть человека [1]. В результате у пациентов формируется негативное отношение к медицинскому работнику, порой и к медицинскому учреждению. Поэтому в большинстве случаев именно из-за не построенного вовремя качественного общения и недоверия – жалоба, негативный отзыв уходит в вышестоящие инстанции, на просторы интернета и в СМИ, в следственные органы. Чего не хватает пациентам? Простого человеческого слова, сочувствия и душевной теплоты и уважения.

Сегодня пациент становится более осведомленным в вопросах его болезни и более вовлеченным в процесс лечения и принятия медицинских решений. При этом уровень ответственности за свое здоровье зачастую остается невысоким, что приводит к поздней диагностике, снижает приверженность лечению. Поэтому подход, ориентированный на пациента, все чаще рассматривается как решающий для обеспечения высокого качества медицинской помощи врачами и средним медицинским персоналом. Данный подход подразумевает коллегиальное взаимодействие медицинского работника с пациентом, умение вовлечь пациента в сотрудничество по восстановлению утраченного здоровья, умение донести информацию и сформировать ответственность у пациента за качество своей жизни в дальнейшем.

В формировании пациентоориентированной среды помогает технология формирования и развития у медицинских работников мягких навыков. Применение технологии мягких навыков позволит повысить эффективность взаимодействия медицинских работников с коллегами и пациентами, создаст благоприятный психологический микроклимат в медицинской органи-

зации. Существует ряд приемов, применение которых на практике позволит выстроить отношения и наладить коммуникацию с пациентами. Это будет соответствовать ожиданиям пациентов, способствуя повышению их удовлетворенности от посещения медицинской организации.

Первый прием, который позволит стать ближе к пациенту – всегда быть к нему лицом. Достаточно встретиться с ним взглядом, и контакт будет установлен, а если еще взгляд будет сопровожден доброжелательной улыбкой (улыбка демонстрирует собеседнику открытость, стремление установить контакт), это позволит сразу выстроить эффективное общение и устранить негатив, если у пациента он есть.

Разговаривайте всегда вежливо, не повышайте голос, грамотно стройте свою речь, не допускайте фамильярности.

Будьте терпимы к внешнему виду и поведению пациента. Напомните себе, что это не наносит вред его здоровью.

Следите за своим внешним видом. На основании внешнего вида специалиста у пациента создается впечатление о медицинской организации в целом. Внешний вид медицинского работника – это атрибут его профессии, поэтому он должен быть безупречным. Соответствующий внешний вид вызывает доверие у пациентов и уважение.

Имеются пациенты, которые часто обращаются к врачу или фельдшеру, чтобы выписать рецепт или получить консультацию, и медицинский работник хорошо знает их анамнез. Помните, даже в таких ситуациях необходимо выполнить все стандарты приема, осмотра, консультации.

Сделайте со своей стороны все возможное, чтобы обеспечить комфортные условия приема. Обратите внимание на состояние вашего рабочего стола, проанализируйте, может ли пациент комфортно раздеться, снять обувь, есть ли ширма, держатель и т.д.

Принимайте во внимание мнение пациента. Если Вы не согласны с его мнением, уважительно и аргументированно объясните свою позицию. Это поможет сделать пациента вашим союзником и партнером в лечении его заболевания, повышает уровень доверия.

Давайте ясные инструкции и разъясняйте детали. Доходчиво рассказывайте пациенту о его состоянии и о проводимых мероприятиях, объясняйте пациенту все аспекты диагностического и лечебного процесса и рекомендаций. Задавайте открытые вопросы, чтобы убедиться, что пациент понял сказанное. Вы должны быть уверены, что у пациента не осталось неразрешенных вопросов.

Взаимодействуйте с пациентом дистанционно, инструментов для этого теперь достаточно: можно позвонить по телефону, отправить сообщение по электронной почте или в мессенджере.

Не перекладывайте проблему на пациента. Никому не приятно, когда вместо помощи он получает лишь указание направления движения [2]. При необходимости обратитесь за помощью к коллеге, заведующему отделением, но не будьте равнодушными к пациенту, не оставляйте его один на один с возникшей проблемой.

Косвенно, но наглядно показывайте свои знания и осведомленность. Позитивные отзывы о вас в интернет-пространстве повышают ваш личный рейтинг и рейтинг медицинской организации.

Не опаздывайте на работу и не уходите раньше времени.

Планируйте и рационально используйте свое рабочее время. Ведите диалог с пациентом по существу обращения, не переходите в разговоре на отвлеченные темы. Рассмотрите возможность внедрения системы «5С», направленной на создание чистого, безопасного и хорошо организованного рабочего места. Это позволит использовать рабочее время с максимальной эффективностью.

Совершенствуйте свои навыки работы с компьютером и оргтехникой, повышайте свои знания в области компьютерных программ.

Соблюдайте корпоративную этику. Не допускайте публичных профессиональных замечаний или негативных высказываний в адрес других медицинских работников, особенно в присутствии пациента. В медицине важна командная работа, все возникшие проблемы и вопросы должны решаться внутри коллектива и коллегиально.

Если вы оказались не правы, выразите сожаление по поводу сложившейся ситуации и попросите извинения у пациента.

Повышение уровня пациентоориентированности в медицинской организации предполагает повышение осознанности в общении с пациентом и индивидуальный подход в общении с каждым пациентом. Это позволит повысить качество и доступность оказания медицинской помощи.

Существует множество различных определений пациентоориентированности, но все они сводятся к одному: в центре внимания – пациент.

Литература:

1. Развитие мягких навыков у медицинского персонала поликлиники: учебно-методическое пособие, 2-е издание / Комаров С. Г. – Санкт-Петербург: ИПК «Береста», 2020. С. 5.

2. Развитие мягких навыков у медицинского персонала поликлиники: учебно-методическое пособие, 2-е издание / Комаров С. Г. – Санкт-Петербург: ИПК «Береста», 2020.С. 28.

СИНДРОМ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ: ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ И НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ

*Растегаева Е.С., клинический психолог,
заведующая кабинетом профилактики
ГБУЗ АО «Архангельская клиническая
психиатрическая больница»*

Синдром эмоционального выгорания (далее - СЭВ) - ведущая причина нарушений физического и психического здоровья, связанного с работой. Термин ввел Г. Фрейденбергер в 1974 году (Staffburn-out) - «сгорание», «выгорание») и описал состояние истощения, безразличия к своей работе, плохого отношения к пациентам и коллегам, ощущения неудовлетворенностью работой у персонала наркологической клиники. Он рассматривал выгорание как реакцию на длительный профессиональный стресс.

Выгорание - дисфункциональное состояние здоровья, возникающее у работников под влиянием длительного психоэмоционального стресса. Существуют различные модели и диагностические опросники, разработанные для исследования и измерения СЭВ, но наиболее используемая – модель, разработанная К. Маслач. Ключевые компоненты: эмоциональное истощение, деперсонализация и сниженная самооценка. Опросник выгорания К. Маслач (MBI), определяет эти компоненты, и принят в качестве золотого стандарта при определении тяжести и риска выгорания.

Поскольку эмоциональные ресурсы истощаются, работники чувствуют, что они больше не в состоянии отдавать себя на психологическом уровне. Появляется другой аспект выгорания - развитие негативных, циничных установок и чувств по отношению к своим пациентам и коллегам. Третий симп-

том СЭВ - склонность оценивать себя негативно как профессионала. По В.В. Бойко синдром проходит три фазы:

- 1) «напряжение». Предвестником и запускающим механизмом выступает нервное (тревожное) напряжение, усиливающееся под действием психотравмирующих факторов. Симптомы: тревожность, депрессия, ощущение недовольства собой и профессией.
- 2) «резистенция». Человек пытается оградить себя от неприятных впечатлений. Для этого используются механизмы защиты - избирательного эмоционального реагирования, «экономии» эмоций, и сокращения или облегчения своих профессиональных обязанностей.
- 3) «истощение» - оскудение психических ресурсов, снижение эмоционального реагирования. Проявляется уже не только эмоциональными нарушениями, но и психосоматическими, психовегетативными симптомами, острыми и хроническими заболеваниями, чувствами страха, тревоги.

При длительном развитии выгорания возникают не только психологические проблемы (депрессия, повышенная раздражительность, нарушения сна, проблемы с концентрацией внимания, памятью), но также и соматические заболевания (головные, мышечные боли, нервные тики, ослабление иммунитета и др.). Выгорание также является фактором риска для заболеваний сердечно-сосудистой системы.

Особенность выгорания как процесса заключается в том, что оно развивается постепенно, незаметно для человека и его симптомы могут проявиться через несколько лет. Хотя в данный момент наука располагает значительным набором психодиагностических методик для определения СЭВ и нарушений профессиональной адаптации, при заполнении опросников (самоотчетов) может быть субъективность оценки своего состояния. Так, Засядько К.И. и соавт. (2019) в исследовании СЭВ и психофизиологических аспектов выгорания и профессиональной дезадаптации врачей-онкологов, об-

наружил, что по данным опросников признаки выгорания были у каждого второго врача-онколога, однако распространенность физиологических и психофизиологических нарушений была значительно выше.

В настоящий момент проводимые исследования СЭВ чаще всего основаны на применении психологических тестов, сфокусированы на психологических изменениях, и не анализируют особенности физиологических и нейропсихологических изменений в организме. Это не дает полного представления всей картины процессов, происходящих в организме испытуемых специалистов.

Выгорание, возникающее под действием профессионального стресса, это системное образование, проявляется сочетанием психологических симптомов, психофизиологических, и физиологических нарушений. Эти специфические физиологические изменения могут использоваться как маркеры ранней диагностики нарушений профессиональной адаптации.

Для объективной оценки особенностей реакций на факторы профессионального стресса, и ранней диагностики СЭВ, кроме психологических характеристик специалистов, субъективных самоотчетов можно использовать результаты физиологических исследований, и функциональных проб.

В роли интегративного показателя здоровья хорошо зарекомендовали себя параметры *вариабельности ритма сердца (BCP)*. BCP изменяется при физических нагрузках, при психическом и химическом стрессе. Например, показано существенное уменьшение BCP от психических раздражителей: рабочий/связанный с работой стресс, принятие сложных решений, а также при сдаче экзаменов/тестов. BCP предоставляет важную информацию о утомлении и восстановлении, возможном перенапряжении, прогнозирует вероятность большей восприимчивости к болезни и травме. Повышенный индекс BCP свидетельствует о высокой «физиологической цене» затрачиваемых специалистом усилий в профессиональной деятельности.

Исследования показали, что эмоциональное выгорание или длительный профессиональный стресс коррелируют со специфическими анатомическими и функциональными характеристиками мозга. Поэтому такой метод как *электроэнцефалография* отражает состояние нейрофизиологических механизмов, отвечающих за церебральный гомеостаз, процессы адаптации.

В 2020-2021 гг. ГБУЗ АО «Архангельская областная клиническая психиатрическая больница», САФУ, Архангельская региональная общественная организация «Объединение медицинских работников Архангельской области» участвовали в межрегиональном проекте «Вдохновение работать», поддержанного фондом президентских грантов. Проект был направлен на профилактику и коррекцию синдрома выгорания у медицинских работников. Продолжением проекта является исследование синдрома эмоционального выгорания и состояния здоровья медицинских работников области. Планируется обследование 100 специалистов, с применением таких методов как ЭЭГ, вариабельность сердечного ритма, тестовых методик, направленных на выявление личностных особенностей. По результатам все, кто примет участие, получат заключение о состоянии здоровья. Мы приглашаем Вас принять участие. Исследование будет проводиться на базе САФУ (центральный корпус) с мая 2023 года. Запись и справки по телефону 8 902 196 79 65.