

Министерство здравоохранения Российской Федерации  
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
«Северо-Западный государственный медицинский университет  
имени И.И. Мечникова»

*На правах рукописи*

КОНСОН Клаудия

ОБОСНОВАНИЕ КРИТЕРИЕВ КАЧЕСТВА  
СЕСТРИНСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ГЕРИАТРИИ

14.02.03 – Общественное здоровье и здравоохранение

ДИССЕРТАЦИЯ

на соискание ученой степени  
кандидата медицинских наук

Научный руководитель:

доктор медицинских наук, профессор

Фролова Елена Владимировна

Санкт-Петербург – 2021

## ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	5
ГЛАВА 1. СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ОБЕСПЕЧЕНИЯ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ И СОЦИАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР ПРИ ОКАЗАНИИ ПАЦИЕНТАМ ДОЛГОВРЕМЕННОЙ ГЕРИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ (обзор литературы).....	14
ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ .....	28
ГЛАВА 3. МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ И КЛИНИКО- СТАТИСТИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПАЦИЕНТОВ, ПОЛУЧАВШИХ ДОЛГОВРЕМЕННУЮ СЕСТРИНСКУЮ ГЕРИАТРИЧЕСКУЮ ПОМОЩЬ.....	37
3.1. Медико-социальная характеристика и клинико-статистический анализ состояния пациентов стационарных учреждений долговременного ухода.....	37
3.2. Анализ выраженности гериаатрических синдромов у пациентов, получавших гериаатрическую помощь на этапе амбулаторного патронажа на дому.....	47
3.3. Анализ медико-социальной характеристики гериаатрических пациентов и ее связь с организационно-функциональной деятельностью среднего медицинского персонала.....	53
ГЛАВА 4. ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ОСОБЕННОСТИ И КАЧЕСТВО ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР ПРИ ОКАЗАНИИ ДОЛГОВРЕМЕННОЙ ГЕРИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ.....	69
4.1. Организационно-нормативное обоснование деятельности медицинской сестры в условиях долговременного ухода.....	69

4.2. Методика оценки качества сестринской работы при оказании долговременной помощи гериатрическим пациентам.....	79
ГЛАВА 5. ОБОСНОВАНИЕ МЕДИКО-ОРГАНИЗАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ПО ПОВЫШЕНИЮ КАЧЕСТВА И СОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР ПРИ ДОЛГОВРЕМЕННОМ УХОДЕ ЗА ПАЦИЕНТАМИ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА .....	89
5.1. Анализ профессиональной подготовки медицинских сестер к оказанию медицинской и социальной помощи гериатрическим пациентам .....	89
5.2. Разработка и использование стандартных операционных процедур деятельности медицинских сестер гериатрического профиля .....	97
5.3. Разработка и оценка приоритетных критериев качества результатов деятельности медицинских сестер при долговременном уходе .....	103
5.4. Медико-социальный анализ удовлетворенности пациентов качеством медицинской и социальной сестринской гериатрической помощи .....	111
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	117
ВЫВОДЫ.....	124
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ.....	126
ПЕРСПЕКТИВЫ ДАЛЬНЕЙШЕЙ РАЗРАБОТКИ ТЕМЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.....	128
СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ.....	129
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	130

Приложение А.	Методические рекомендации «Сестринская помощь в гериатрии» (фрагмент).....	153
Приложение Б.	Типовое положение о деятельности мультидисциплинарной команды (МДК) по долговременному гериатрическому уходу.....	172
Приложение В.	Вмешательства медсестры при наиболее характерных нарушениях состояния гериатрического пациента (фрагмент).....	176
Приложение Г.	Стандартные операционные процедуры (фрагмент).....	179
Приложение Д.	Опросные листы.....	181
Приложение Е.	Методика проведения внутреннего контроля качества сестринской деятельности в гериатрических учреждениях.....	185

## ВВЕДЕНИЕ

### **Актуальность темы исследования**

Происходящее в последние годы реформирование российского здравоохранения предусматривает необходимость совершенствования первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи [35, 49, 91, 103]. При прогнозируемом увеличении ожидаемой продолжительности жизни и удельного веса граждан старших возрастных групп необходимо повышение доступности и качества долговременной медицинской помощи по профилю «гериатрия» [2, 14, 22, 33]. Возрастает потребность в медицинской и социальной гериатрической помощи населению пожилого и старческого возраста на принципах междисциплинарного взаимодействия [4, 64, 79, 84, 108, 113, 116]. Социально-ориентированная государственная политика, правительственные программы и другие нормативные документы предусматривают развитие системы медицинских и социальных организаций, деятельность которых направлена на обеспечение активного и здорового долголетия [12, 22, 61, 32, 93]. Необходимо обоснование медико-организационных мероприятий, направленных на повышение качества медицинских и социальных услуг, с созданием адекватной системы контроля качества гериатрической помощи пациентам старших возрастных групп [26, 30, 36, 55, 60, 92, 150]. В этой системе важная роль отводится медицинским сестрам, оказывающим медико-социальную помощь пациентам пожилого и старческого возраста в специализированных учреждениях долговременного пребывания и на амбулаторном этапе при гериатрическом патронаже на дому [62, 76, 83, 105]. При совершенствовании гериатрической помощи необходимо предусмотреть улучшение системы профессиональной подготовки медицинских сестер в области гериатрии, организационно-нормативное обеспечение их деятельности, внедрение необходимых регламентов и др. [4, 42, 106, 112, 127]. До настоящего времени недостаточно изучены клиничко-организационные и медико-социальные особенности

многофункциональной деятельности медицинской сестры при оказании долговременной помощи пациентам гериатрического профиля [12, 23, 83, 93, 95, 108]. Особенно актуальным и практически целесообразным является разработка организационных мероприятий, направленных на достижение качественных показателей деятельности медицинских сестер при оказании гериатрической помощи пациентам пожилого и старческого возраста.

### **Степень разработанности темы исследования**

Развитие и совершенствование системы гериатрической помощи направлено на обеспечение доступности и качества комплексной медико-социальной помощи пациентам пожилого и старческого возраста [12, 14, 33, 76, 83, 85, 92, 94]. Проблемы, связанные с повышением качества оказания медицинской помощи, постоянно находятся в центре внимания специалистов [21, 26, 27, 33, 42, 58, 84, 91, 94, 106]. Вопросам необходимости качественной работы медсестер общей практики посвящен целый ряд российских публикаций [1, 13, 29, 30, 41, 56, 86], однако только единичные из них затрагивают особенности оценки деятельности медсестер, осуществляющих уход за пожилыми людьми [53-55, 76, 108]. Нуждаются в научном обосновании организационные мероприятия по установлению критериев и оценки качества сестринской медицинской и социальной деятельности в организациях длительного пребывания пациентов пожилого и старческого возраста и при их амбулаторном патронаже на дому.

### **Цель исследования:**

Изучить медико-организационные особенности оказания долговременной гериатрической помощи и обосновать мероприятия по повышению качества деятельности медицинской сестры.

### **Задачи исследования:**

1. Представить медико-социальную характеристику пациентов пожилого и старческого возраста, нуждающихся в комплексной гериатрической помощи в организациях долговременного пребывания и при амбулаторном патронаже на дому.

2. Оценить структуру выявленных хронических заболеваний и степень риска выраженности возраст-ассоциированных гериатрических синдромов, определяющих виды и объемы сестринской медицинской и социальной помощи пациентам в организациях долговременного ухода.

3. Выявить особенности организационно-нормативного обеспечения специфической многофункциональной деятельности медицинских сестер при гериатрическом уходе за пациентами пожилого и старческого возраста в различных медицинских и социальных организациях.

4. Разработать стандартные операционные процедуры, алгоритм и приоритетные критерии оценки качества деятельности медицинских сестер в системе мониторинга клинико-функциональных состояний у пациентов при гериатрическом долговременном уходе.

5. Обосновать медико-организационные мероприятия по улучшению деятельности медицинских сестер и совершенствованию системы контроля качества гериатрической помощи пациентам при оказании долговременной помощи.

### **Научная новизна исследования**

Выявлены медико-организационные особенности оказания комплексной гериатрической помощи пациентам пожилого и старческого возраста, свидетельствующие о специфической и многофункциональной деятельности медицинской сестры при оказании долговременной помощи. Представлена медико-социальная характеристика состава пациентов, с установленной степенью риска развития гериатрических синдромов. Выявлены недостатки медико-организационного и нормативного обеспечения, влияющие на качество медицинской и социальной деятельности медицинской сестры в гериатрических организациях долговременного пребывания пациентов и при амбулаторном патронаже на дому. Обоснованы критерии индивидуальной оценки пациентов для определения их потребности в амбулаторной помощи, патронаже на дому и в стационарных условиях долговременного ухода. Представлен анализ деятельности медицинских сестер, свидетельствующий об их значительной

физической и психоэмоциональной нагрузке при высокой степени ответственности за качество и безопасность оказываемой помощи. Разработаны объективные критерии качества результатов медицинской и социальной сестринской деятельности, с учетом показателей динамики выраженности приоритетных гериатрических синдромов и степени удовлетворенности пациентов. Представлена схема организационно-функционального взаимодействия, стандартные операционные процедуры, алгоритм управления качеством гериатрической медицинской и социальной помощи с участием медицинской сестры на этапах маршрутизации пациентов пожилого и старческого возраста.

### **Теоретическая и практическая значимость исследования**

Установленные медико-социальные и организационные закономерности влияния специфических условий длительного пребывания пациентов пожилого и старческого возраста на качество медицинских и социальных услуг могут быть использованы для совершенствования пациент-ориентированной системы гериатрической помощи, предусмотренной стратегическими государственными программами обеспечения активного и здорового долголетия. Результаты анализа распространенности заболеваний и динамики клинико-функциональных нарушений у пациентов пожилого и старческого возраста позволяют медицинским и социальным организациям определять потребность в видах гериатрической помощи и объемах сестринской деятельности. Выявленные медико-организационные особенности оказания гериатрической помощи, разработанные стандартные операционные процедуры (СОПы) и алгоритмы деятельности медицинской сестры целесообразно использовать для обеспечения качественной сестринской деятельности при длительном уходе за пациентами.

В практической деятельности рекомендуется применять разработанные организационные мероприятия для стандартизации деятельности медицинской сестры по уходу за пациентами и деятельности мультидисциплинарной команды (МДК) при длительной гериатрической помощи. Обоснованные критерии

индивидуальной оценки и методика деления пациентов по группам риска клиничко-функциональных и социальных состояний, могут быть использованы для определения приоритетности их распределения на этапах амбулаторного наблюдения, патронажа на дому и в гериатрических стационарах. Предложенную методику и результаты мониторинга показателей выраженности гериатрических синдромов рекомендуется использовать при оценке качества медицинской и социальной помощи медсестер в гериатрических стационарах. Важной характеристикой и критерием качества деятельности медицинской сестры могут быть установленные показатели удовлетворенности пациентов медицинской и социальной помощью в пансионатах долговременного ухода. Представленная организационная модель, схемы и алгоритм процесса управления качеством комплексной гериатрической помощи с участием медицинской сестры внедрены в деятельность медицинских и социальных гериатрических организаций в России и в Израиле.

### **Результаты исследования**

Внедрены и используются в практической деятельности гериатрических медицинских и социальных организаций Российской Федерации: «Комплексный социально-оздоровительный центр «Обские зори»», «Социально-оздоровительный центр граждан пожилого возраста и инвалидов «Лунный камень»» (г. Новосибирск); «Гериатрический центр «Малаховка»» ООО «Сениор групп Малаховка» (Московская область); «Пермский краевой клинический госпиталь для ветеранов войн» (г. Пермь); «Краснокамская городская больница» (г. Краснокамск; «Чайковская центральная городская больница» (г. Чаковский); «Чернушинская районная больница» (Пермский край); «Московский многопрофильный центр паллиативной помощи департамента здравоохранения г. Москвы» и в учреждение долгосрочного гериатрического ухода «Рамат Тамир» (г. Иерусалим, Израиль). Результаты исследования используются в учебном процессе: кафедры болезней старения ФДПО ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Минздрава России, г. Москва; ГАУ города Москвы «Институт

дополнительного профессионального образования работников социальной сферы».

### **Методология и методы исследования**

Методология исследования базировалась на комплексном поэтапном медико-социальном, клинико-статистическом и организационном исследовании, которое проводилось по специально разработанной программе с использованием репрезентативного объема первичной медицинской документации и аналитических данных о пациентах, получавших гериатрическую помощь с обеспечением долговременного ухода в типичных крупных медицинских и социальных организациях Москвы, Санкт-Петербурга, Ленинградской и Московской областей. В исследовании использовались методы социологического и клинико-статистического анализа, гериатрической оценки выраженности синдромов и адекватные методы параметрической и непараметрической статистики.

### **Положения, выносимые на защиту:**

1. Медико-социальные особенности состава пациентов в организациях долговременного ухода и при патронаже на дому (недостаточная мобильность и зависимость от посторонней помощи, наличие выраженных гериатрических синдромов, когнитивных и сенсорных нарушений) влияют на потребность пациентов в комплексной гериатрической медицинской и социальной помощи с участием медицинской сестры.

2. Наличие хронической полиморбидной патологии с функциональными и морфологическими изменениями, с атипичными и болезненными проявлениями, с высоким риском развития выраженных гериатрических синдромов определяют необходимость использования стандартизованных гериатрических шкал и дополнительной разработки показателей качества пациент-ориентированной деятельности медицинских сестер.

3. В организациях долговременного ухода за пациентами пожилого и старческого возраста отсутствуют стандартизированные документы, регламентирующие специфическую и многофункциональную деятельность

медицинской сестры. Установлена практическая целесообразность использования стандартных операционных процедур и алгоритмов деятельности медицинской сестры для повышения качества медицинской и социальной помощи.

4. Результаты мониторинга выраженности клинико-функциональных нарушений и приоритетных гериатрических синдромов свидетельствуют о благоприятных тенденциях сохранения функционального и когнитивного статуса и необходимости профилактики ухудшений физического, медико-социального и психологического состояний у пациентов в организациях долговременного ухода.

5. Установлена необходимость совершенствования организационного и нормативно-методического регулирования деятельности медицинской сестры при оказании гериатрической помощи. Предложенные организационные мероприятия, стандартизованные программы, положения, схемы, модель и алгоритм управления качеством комплексной гериатрической медицинской и социальной помощи с участием медицинской сестры, способствуют предупреждению риска развития и выраженности гериатрических синдромов, повышают удовлетворенность пациентов качеством медицинских и социальных услуг и направлены на улучшение системы контроля качества деятельности организации.

#### **Степень достоверности и апробации результатов исследования**

Достоверность результатов, выявленных закономерностей, выводов и практических рекомендаций обусловлена комплексным исследованием с обеспечением репрезентативного объема изучаемой совокупности данных (обследовано 776 пациентов и проанализирована деятельность 180 медицинских сестер). О достоверности результатов диссертационного исследования свидетельствует представленная выборка, включившая 9 типичных медицинских и социальных организаций с различной организационной и правовой формой собственности, а также применение адекватных методов параметрической и непараметрической статистики, включая многофакторный анализ, оценку шансов, статистически достоверных значений и др.

Основные результаты и выводы диссертационного исследования доложены и обсуждены на: V Всероссийском съезде геронтологов и гериатров с

международным участием, «Управление болью» (Москва, 2018 г.); Первой Всероссийской научно-практической конференции «Медицинская сестра в гериатрии и паллиативной помощи», «Стандартизация деятельности и подготовки медицинских сестер в Израиле» (Санкт-Петербург, 2018 г.); VIII национальной конференции «Общество для всех возрастов», «Организация взаимодействия гериатрической и социальной служб Южного округа Государства Израиль» (Москва, 2018 г.); III Всероссийском Конгрессе геронтологов и гериатров с международным участием, «Инфекционная безопасность пациентов» (Москва, 2019 г.); VII Национальной конференции «Общество для всех возрастов» в партнерстве с Форумом «Россия – территория заботы» «Доступная среда доступна для всех» (Москва, 2019 г.); Научно-практической конференции «Долговременный уход: фокус на деменцию», «Менеджмент боли у пациентов с деменцией. Разбор клинического случая» (Санкт-Петербург, 2019 г.); Всероссийской школе передовых сестринских технологий «Медицинские сестры в авангарде инноваций», «Клиент-ориентированный подход в работе медицинской сестры в гериатрии» (Самара, 2019 г.); Соповещании ВОЗ по вопросам долговременного ухода в Российской Федерации, «Мониторинг качества оказываемой помощи» (Москва, 2019 г.); Мотивационно-развивающем интенсиве PRO заботу, «Слышать сердцем» (Москва, 2019 г.); V Конференции с международным участием «Роль медицинской сестры в паллиативной помощи», «Философия паллиативной помощи» (Москва, 2019 г.).

### **Личный вклад автора**

Автором разработана комплексная программа исследования. Проведен клинико-статистический и медико-социальный анализ. Автор лично принимала участие на всех этапах исследования. Личное участие в сборе первичного материала до 90%, в анализе и интерпретации полученных результатов 100%.

### **Публикации**

По материалам диссертации опубликовано 12 работ, 4 из них в рецензируемых журналах, входящих в перечень научных изданий, рекомендованных ВАК при Министерстве науки и высшего образования

Российской Федерации, 1 статья в иностранном журнале, 1 методические рекомендации.

### **Структура и объем диссертации**

Диссертация состоит из введения, главы о современных проблемах обеспечения качества сестринской деятельности в области гериатрического ухода (обзора литературы), главы с описанием материалов и методов исследования, трех глав собственных исследований, заключения, выводов, практических рекомендаций, перспектив дальнейшей разработки темы, списка использованной литературы и 6 приложений, содержит 25 таблиц и 29 рисунков. Список литературы включает 175 источников, из них 66 иностранных. Диссертация изложена на 199 страницах.

## **ГЛАВА 1. СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ОБЕСПЕЧЕНИЯ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ И СОЦИАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР ПРИ ОКАЗАНИИ ПАЦИЕНТАМ ДОЛГОВРЕМЕННОЙ ГЕРИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ (обзор литературы)**

В настоящее время практическая работа по оказанию медико-социальной помощи пожилому населению ведется во многих регионах России. Основное внимание специалистов направлено на лечение соматических патологий пациентов [5, 28, 43, 104], однако существует ряд исследований [47, 59, 60, 64, 65, 95, 102, 161], посвященных анализу специфических проблем пожилых людей и организации соответствующей практической помощи [4, 13, 52, 83, 88, 93]. С 2003 года эта помощь систематизирована и, в соответствии с указаниями Минздрава России [72], пожилые люди (от 60 до 74 лет) и старики (75 лет и старше) могут получать бесплатную гериатрическую помощь в специализированных учреждениях. Такими учреждениями, образующими трехуровневую систему помощи, являются гериатрические центры, гериатрические отделения стационаров и амбулаторные отделения (или кабинеты) медико-социальной помощи [87, 93].

Информационная система в области медико-социальной помощи пожилым людям направлена на обоснование критериев качества гериатрической помощи и разработку стандартов, определяющих требования к организации и осуществлению медицинской и социальной помощи, существует во многих странах и начала активно развиваться в России [110, 117, 118, 137, 138, 140, 142, 148, 155, 168]. Важным действием в этом направлении явилась утвержденная в феврале 2016 г. правительственная программа развития системы оздоровления и условий жизнеобеспечения в интересах граждан старшего поколения [78]. При этом в качестве ключевого приоритета указана необходимость развития гериатрической службы. Поэтому в 2016 г. по указаниям Министерства здравоохранения Российской Федерации, утвержден порядок оказания населению гериатрической помощи [73]. Этот порядок представляет приоритетные виды

медицинской помощи пожилым людям с оказанием первичной медико-санитарной помощи (в условиях дневного стационара), амбулаторной (в том числе, на дому), специализированной (оказываемой в условиях стационара), а также паллиативной (оказываемой амбулаторно и стационарно).

Кроме того, специалистами РГНКЦ в 2018 году опубликованы рекомендации по ведению пациентов со старческой астенией [37], а также разработан и в 2019 году утвержден Минтрудом России профессиональный стандарт врача-гериатра [74] с описанием основных функций, знаний и умений, необходимых для ведения пациентов старшего возраста.

Порядок оказания гериатрической помощи регламентирует правила оказания медицинской помощи только в медицинских гериатрических организациях, не учитывая систему комплексности и взаимодействия медицинских работников со специалистами системы социальной защиты, работающими с пациентами, нуждающимися в длительной медицинской и социальной помощи [20, 53, 54]. В этой связи перед российскими медицинскими и социальными гериатрическими службами стоит задача преодоления существующих сегодня ведомственных барьеров.

С целью улучшения условий жизнеобеспечения жителей пожилого и старческого возраста Правительством РФ разработан национальный проект, рассчитанный до 2024 года [50] и предусматривающий увеличение продолжительности активной здоровой жизни россиян [173]. Проект предусматривает создание в России системы долговременного ухода за пожилыми людьми и инвалидами, включающей предоставление им сбалансированных социальных и медицинских услуг [8, 57, 75].

Работа с пожилым населением требует понимания особых проблем этой категории граждан. Основные из них состоят в том, что при оказании помощи требуется **междисциплинарный подход** [38, 141], суть которого заключается в привлечении к пожилым людям одновременного внимания нескольких специалистов. Необходимость междисциплинарного подхода обусловлена одновременным накоплением нарушений в нескольких системах организма

пожилого человека, поскольку с возрастом снижаются его адаптационные возможности.

Болезни пожилого возраста отличаются хроническим характером с атипичным течением, частыми обострениями патологического процесса и длительным периодом восстановления. Возникающие у пожилых людей нарушения различных функций организма способствуют развитию так называемых гериатрических синдромов [9, 12, 47, 59, 82]. В результате многие престарелые люди, теряя со временем способность к независимой жизни, остро нуждаются в длительной медико-социальной помощи [8, 20, 32, 37, 75, 95, 96]. Это, прежде всего, немощные старики – так называемые «хрупкие» пациенты [101, 102], то есть те, кто испытывает трудности при выполнении повседневных действий, неспособны к самообслуживанию или имеют значимые когнитивные нарушения. Объем медико-социальной помощи в виде долговременного ухода определяется степенью зависимости пожилого человека от помощи окружающих лиц в повседневной жизни [73,80].

Специалистами отмечено, что проблемы пожилого возраста представляют собой сложное сочетание личных, бытовых, социальных и медицинских вопросов, поэтому помощь, необходимая пожилым людям должна быть комплексной, направленной на поддержание здоровья и функционирования в длительной перспективе [2, 3. 9, 37, 57]. Эта помощь производится с учетом воздействия на состояние ослабленного хроническими заболеваниями и гериатрическими синдромами пациента не только биологических, но также психологических и социальных факторов [52, 56, 64, 83].

Существенной характеристикой медико-социальной помощи пожилым людям является **пациент-ориентированный подход** [87, 114, 131], то есть ориентация в процессе реабилитации на пожелания и предпочтения пожилого пациента. Важно уточнить, что при этом не могут игнорироваться пациенты с умеренными когнитивными нарушениями, нередкими в пожилом возрасте, при условии, что общение происходит на понятном им уровне [109].

Пожилые люди часто могут проходить лечение в разных медицинских учреждениях. Предоставление последовательной, комплексной медицинской помощи в разных медицинских учреждениях, то есть так называемая **преемственность помощи** [151, 163], для них особенно важно. Связь между врачами первичного звена, специалистами, другими медицинскими работниками, пациентами и членами их семей особенно, когда пациенты переводятся из одного учреждения в другое, играет важнейшую роль в обеспечении надлежащим уходом в любых учреждениях здравоохранения. Следует подчеркнуть, что пожилые люди во многих жизненных ситуациях вынуждены обращаться за помощью в учреждения социальной защиты Минтруда России [17, 20, 54, 63, 80, 88, 100]. Эта помощь, как и медицинская, также может оказываться при самостоятельных посещениях дневных учреждений социальной защиты, в условиях социального гериатрического патронажа на дому, а также в социальных учреждениях длительного пребывания [11, 54].

Долговременный уход за пожилыми людьми предполагает регулярный скрининг их функциональных возможностей на основе комплексной гериатрической оценки (КГО) [12, 40, 47, 51, 59, 76, 82, 97, 108] с целью своевременного выявления нарушений и предоставления необходимой медико-социальной помощи.

Комплексная гериатрическая оценка (КГО) включает в себя оценку существования пациента в целом ряде областей жизнедеятельности, так называемых доменов. Рекомендации [37], разработанные в РГКНЦ, предлагают рассматривать четыре основных домена, характеризующих состояние пожилого пациента: анамнез и физический статус, а также функциональный, психоэмоциональный и социальный статусы. Оценка состояния пациента в каждом из этих доменов [12, 47, 57, 59, 82] позволяет выявить полный биопсихосоциальный характер проблем человека, а также спланировать и осуществить вмешательства с целью решения этих проблем. Одновременно регулярно проводимое обследование состояния пациентов во всех перечисленных

доменах служит основанием для вынесения суждения о качестве предоставленной гериатрической помощи.

При проведении обследования и оценки состояния гериатрических пациентов зарубежные специалисты ориентируются на существующие в развитых странах национальные стандарты, такие, например, как стандарты гериатрической помощи Англии [117] или Канады [137]. Алгоритмы, описывающие действия персонала в наиболее типичных ситуациях существуют и в США [138].

В США в конце 80-х годов прошлого века началась разработка системы показателей «Минимальный набор данных» (Minimum Data Set – MDS), предназначенной для оценки качества помощи, оказываемой в учреждениях длительного ухода, и включавшей 450 показателей, характеризующих различные аспекты состояния пожилых пациентов [148]. Стремление специалистов к созданию комплексного инструмента гериатрической оценки привело к разработке «Набора оценочных инструментов interRAI» (Resident Assessment Instrument) [142]. В настоящее время InterRAI в разном объеме используется в США, Канаде, Израиле, Европе (Бельгия, Англия, Финляндия, Франция, Германия, Исландия, Италия, Нидерланды, Норвегия, Испания, Швеция, Швейцария), Азии (Гонконг, Корея и Япония) и Тихоокеанском регионе (Австралия, Новая Зеландия). [110]. Опыт использования этого инструмента имеется также в России [85].

Деятельность гериатрических учреждений регулируется в США с помощью системы показателей, являющихся предметом публичной отчетности. Например, в качестве основы для получения федерального финансирования учреждения долговременного ухода за пожилыми людьми должны предоставить страховым организациям Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) [155] сведения о таких показателях качества ухода как доля пациентов, которым проводилась оценка функциональности при поступлении и выписке, а также проявивших случаи падений с травмами, возникновения пролежней и пр.

Качество помощи, предоставляемой пожилым людям, в значительной степени определяется качеством работы персонала гериатрических учреждений и, прежде всего – гериатрических медицинских сестер.

Профессиональная деятельность гериатрических медсестер в США поддерживается Ассоциацией американских медсестер ANA (American Nurse Association). Одно из изданий ANA – «Геронтологический сестринский уход: Область деятельности и стандарты практики» (Gerontological Nursing: Scope and Standards of Practice) – способствует получению медсестрами знаний в вопросах ухода за пожилыми людьми [138]. В Канаде вопросы гериатрического ухода представлены сетевым ресурсом «Национальная инициатива по уходу за пожилыми людьми» (National Initiative for the Care of the Elderly – NICE).

Крупнейшей сестринской организацией, базирующейся в Великобритании и отметившей в 2016 году свое столетие, является Королевский Колледж медсестер (Royal College of Nursing – RCN). Под эгидой RCN выпускается 11 сестринских журналов, среди которых – «Уход за пожилыми людьми» (Nursing Older People).

В Израиле регулированием сестринской деятельности в национальном масштабе занимается Сестринская администрация Министерства здравоохранения, а все вопросы, связанные с уходом за пожилыми людьми, в том числе регулярные проверки деятельности сестринского персонала всех гериатрических учреждений (независимо от формы собственности) курирует Отдел гериатрии в лице лицензированных медсестер-супервайзеров [163, 169].

Интересы гериатрических/геронтологических медсестер в США представляют Национальная ассоциация геронтологических медсестер – NGNA (National Gerontological Nursing Association) и Ассоциация продвинутых практикующих геронтологических медсестер – GAPNA (Gerontological Advanced Practice Nurses Association). Обе организации входят в число учредителей ежемесячного журнала «Гериатрический уход» (Geriatric Nursing), который предназначен специально для гериатрических медсестер. Журнал доступен в электронном и бумажном виде, а также – в виде приложения для планшетов.

Ведущая роль в создании базы знаний и опыта для медсестер в области гериатрического ухода принадлежит Институту Хартфорда (The Hartford Institute for Geriatric Nursing – HIGN) в Нью-Йоркском университете, основанному Фондом Джона Хартфорда в 90-х годах прошлого столетия. Важным проектом Института Хартфорда является «Программа совершенствования сестринского ухода в здравоохранении пожилых» (Nurses Improving Care for Health system Elders – NICHE), направленная на систематические улучшения процессов реабилитации госпитализированных пожилых пациентов. При экспертном участии Института Хартфорда и Программы NICHE издается известный в профессиональной среде справочник «Клинически подтвержденные протоколы сестринского ухода в гериатрической практике» (Evidence-based geriatric nursing protocols for best practice). Кроме того, на профессиональных сайтах в Интернете широко представлены клинически доказанные инструменты – различные шкалы и опросники. Так, например, сайт GAPNA предлагает «Набор инструментов из геронтологических ресурсов для квалифицированных практикующих медсестер» (Toolkit of Gerontology Resources for Advanced Practice Nurses).

В США, Канаде, Израиле, Великобритании специализация медсестер в области гериатрии возможна после получения базового сестринского образования с присвоением медсестрам степени бакалавра или магистра. Квалификацию гериатрической медсестры, как и других медсестер-специалистов, обычно подтверждает национальная профессиональная сестринская организация. В США это Американский Центр аттестации медсестер (ANCC – American Nurses Credentialing Center). ANCC представляет собой дочернюю компанию ANA и является самой большой и самой престижной в мире организацией аттестации медсестер. В Израиле вопросы, связанные с уходом за пожилыми людьми, включая обучение сестринского персонала, курирует Сестринская Администрация Министерства здравоохранения [163].

Со стороны работников здравоохранения сегодня требуется обеспечение адаптации пожилых людей к неизбежным изменениям в состоянии их здоровья. В связи с этим существует постоянная потребность в выявлении и оценке вклада

медсестер в процесс совершенствования системы оказания медико-социальной помощи пожилым людям.

В разных странах оценка качества сестринского ухода опирается на показатели качества и стандарты ухода, существующие на общенациональном уровне. Примерами являются Национальная база данных показателей качества сестринского ухода (National Data base of Nursing Quality Indicators – NDNQI) США [152], содержащая показатели «чувствительные к сестринскому уходу» (nursing-sensitive indicators), или разработанные Минздравом Израиля, Инструкции для гериатрических медсестер, определяющие порядок действий сестринского персонала гериатрических учреждений в наиболее типичных ситуациях [169].

Для достижения высокого качества сестринской работы необходимо наличие показателей, позволяющих его оценивать. Разработке таких показателей, с анализом деятельности медсестер общей практики посвящен ряд исследований российских специалистов [53-56, 58, 70, 77, 81, 84, 86, 92, 94]. Анализ данных из различных российских научных источников [1, 10, 13, 29, 41, 54-56, 86, 77] позволяет представить в обобщенном виде рейтинг выявленных приоритетных показателей качества сестринской работы в разных медучреждениях.

Представленные авторами указанных источников показатели качества получены на основе социологических опросов пациентов с выявлением их субъективных оценок, определяющих удовлетворенность качеством работы медицинской сестры. При этом в рейтинге показателей качества работы медицинских сестер к наиболее значимым отнесены такие показатели, как: уровень квалификации медсестер и его соответствие сложности и специфике работы [1, 10, 13, 29, 41, 54-56, 86, 77]; соблюдение сестринских стандартов и технологий (включая учет, хранение и раздачу медикаментов) [1, 10, 13, 29, 54-56, 86,]; выполнение врачебных назначений [1, 10, 29, 41, 54-56,]; обеспеченность медсестер ресурсами (медикаменты, расходные материалы, технические средства, информационно-методические материалы, стандарты) [10, 13, 29, 41, 54, 55, 86]; удовлетворенность пациентов [10, 29, 54-56, 77]; наличие и своевременное

заполнение сестринской документации [1, 29, 41, 54-56]; организация работы медсестер, соблюдение трудовой дисциплины [10, 29, 55, 56, 86]; обеспечение качественного ухода (отсутствие осложнений и безопасность пациентов) [1, 29, 41, 55, 86]; соблюдение этики и деонтологии сестринской работы; личностные характеристики и внешний вид медсестер [1, 29, 54, 56, 86]; мотивация персонала (материальное и моральное стимулирование) [54-56, 77, 86]; проведение регулярного внутреннего контроля качества работы медсестер [1, 55, 56, 86]; выгорание персонала (нехватка медсестер, перегрузка, эмоциональное истощение) [41, 55, 77]; соблюдение санитарно-эпидемиологического режима [10, 41, 54].

Отметим, что показатели, прямо связанные с благополучием пациентов («удовлетворенность пациентов» и «обеспечение качественного ухода (отсутствие осложнений и безопасность)»), по частоте упоминаний находятся не в числе первых, а соответственно, на пятом и восьмом местах из 13-ти. Этот результат свидетельствует об отсутствии взаимосвязи предложенных показателей качества: на сегодняшний день недостаточно исследований, направленных на разработку научно обоснованного подхода к оценке показателей качества сестринского ухода, а сестринский уход в целом пока не рассматривается как самостоятельная, научно обоснованная область деятельности.

По мнению специалистов, проблема выявления и оценки показателей качества сестринской помощи должна рассматриваться в связи с представлением о качестве медицинской помощи в целом, то есть во взаимосвязи качества структуры, процесса и результата [122-124, 156, 164]. В соответствии с этой «триадой Донабедиана» [26, 122-124], качество гериатрической сестринской помощи (как части общей помощи) следует рассматривать с учетом показателей структуры (условия, определяющие возможности медсестер и медицинской организации по предоставлению сестринской помощи), процессов сестринской медицинской и социальной деятельности и результатов этой деятельности [112, 121, 135, 140, 144, 147, 152, 156, 164, 170, 174]. По утверждению А.Донабедиана, перечисленные показатели связаны между собой, а именно: «хорошая структура

увеличивает вероятность хорошего процесса, а хороший процесс увеличивает вероятность хорошего результата» [122-124].

С целью выделения сестринской составляющей в общем объеме медицинской помощи канадскими исследователями Doran D. (урожд. Irvine), Sidani S. и Hall L.M. в 1998 году была предложена концептуальная модель эффективности сестринского ухода (Nursing Role Effectiveness Model – NREM) [127, 143, 147].

Проблемам качества сестринской помощи в гериатрии, базирующимся на триаде Донабедиана, посвящен ряд исследований зарубежных авторов [121-125, 132-136]. Основываясь на этих исследованиях, можно сделать вывод о составляющих качества сестринского ухода: структуры сестринской деятельности, процессов взаимодействия медсестер с пациентами и со всеми релевантными специалистами, а также – результатов воздействия ухода на состояние пациентов и степень их удовлетворенности предоставленной помощью [144, 145, 156, 162, 164, 174].

К показателям структурного качества сестринского ухода специалисты относят [127, 143, 147] характеристику медсестры гериатрического профиля, как личности и как специалиста; характеристику пожилого пациента, связанную с его исходным состоянием (в том числе, степенью тяжести симптомов заболевания), психосоциальным статусом и степенью участия в процессе сестринского ухода; условия работы, такие как степень информированности о современных медикаментах, рабочую нагрузку, организацию работы, мотивацию (материальные и моральные стимулы), стремление к профессиональному росту и пр.

Качество процесса (или технологическое качество) сестринской работы специалисты определяют содержанием деятельности медсестры [127, 143, 147]. Технологическое качество представляет собой качество исполнения независимых действий по сестринскому обследованию, выявлению проблем пациента, необходимым сестринским вмешательствам, в соответствии с установленными процедурами и алгоритмами, оценке эффективности вмешательств и

последующему наблюдению пациента, зависимых действий по выполнению вмешательств, назначенных врачом, взаимозависимых действий, связанных с выполнением обязанностей и ролей, которые медсестра разделяет с другими членами МДК, в том числе – с осуществлением мероприятий, способствующих обеспечению непрерывности, координации и интеграции оказания медико-социальной помощи, правильного и своевременного заполнения сестринских документов, которое А. Донабедиан считал одним из важных показателей качества процесса [122-124].

К показателям качества результатов деятельности медсестер специалисты относят состояние пациента, связанное с результатами сестринского ухода [127, 143, 147]. При этом важно подчеркнуть, что речь идет о результатах, являющихся следствием тех действий медсестер, для которых существуют эмпирические данные, подтверждающие эффективность этих действий. Исследованию показателей качества результатов сестринского ухода за пожилыми пациентами посвящен ряд зарубежных работ [112, 121, 132, 135, 136, 150, 158]. При этом к характеристикам качества результатов при оказании гериатрической помощи в этих исследованиях относятся изменения клинического, функционального и когнитивного состояния [120, 126, 128-130, 133, 134, 139, 146, 149, 153, 157, 165, 167, 171, 172], обусловленные работой медсестры, а также показатели удовлетворенности пациентов сестринским уходом [111, 119, 145, 159, 160]. При оценке состояния пациентов обычно учитывают тяжесть и кратность проявлений гериатрических синдромов, таких как полиморбидность [64, 65, 153], сенсорные дефициты [146, 165], контроль сфинктеров (недержание) [57, 59, 97, 131], боль [96, 139, 171], функциональные [37, 97, 133, 134, 146, 165, 171] и когнитивные нарушения [116], падения [126, 128-130, 157, 172], пролежни [37, 97, 120] и др.

Так, пролежни, падения, недержание и острые инфекции свидетельствуют о недостатках ухода и неудовлетворенных потребностях пациентов. Высокая распространенность пролежней, недоедание и обезвоживание могут означать, что персонал медучреждений не уделяет пожилым пациентам достаточно времени или не имеет достаточной квалификации и мотивации для своей работы [136].

Показатели, характеризующие результаты сестринской деятельности, отражают нужды пожилых пациентов. Эти показатели характеризуют не только их физический или когнитивный статус, но также учитывают и такие факторы, как время ожидания до получения помощи, согласие с проводимыми вмешательствами, уважение достоинства пациента, сохранение его индивидуальности, обеспечение комфорта, благополучия и безопасности, поддержание значимой социальной активности [40]. Результаты ухода могут предоставить рекомендации по улучшению качества, если они связаны с предшествующими им структурой и процессом ухода. Поэтому оценка качества сестринской деятельности лучше всего достигается с помощью комплекса мер, которые включают оценку показателей результатов и связанных с ними показателей структуры и процессов [150].

Контроль качества медицинской помощи (КМП) в России находится в ведении Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения (Росздравнадзора). Помимо лицензирования медицинской деятельности, эта служба осуществляет контрольно-надзорную функцию, в основном, направленную на проведение экспертизы с целью выявления дефектов оказания медицинской помощи. В настоящее время Росздравнадзор стоит перед задачей перехода от функции контроля к функции управления КМП на основе триады «структура – процесс – результат» [27]. Важно подчеркнуть, что разработка информационной системы, содержащей критерии и стандарты качества в области гериатрии, пока отстает от достигнутого в общем российском здравоохранении уровня.

В настоящее время нормативная база для обеспечения деятельности в области оказания медико-социальной помощи пожилому населению России начала создаваться. Как было отмечено, разработан профессиональный стандарт врача-гериатра [74], а в число специальностей, утвержденных Минздравом России для медперсонала со средним образованием, включена специальность «Медсестра медико-социальной помощи» [69]. Однако для понимания характера деятельности такого специалиста недостаточно не только квалификационных требований, но и

должностной инструкции, которая обычно ограничивается описанием только общего круга обязанностей без детализации пошаговых действий при исполнении конкретной процедуры. Средством достижения соответствующего современным требованиям уровня КМП [16, 42] является разработанная медицинской организацией, внедренная и поддерживаемая в рабочем состоянии система управления (менеджмента) качеством медицинской помощи с разработанными стандартными операционными процедурами (СОП) для каждого этапа ее оказания [70, 107, 166]. СОП представляет собой документально оформленный набор инструкций или пошаговых действий, которые надо осуществить, чтобы выполнить ту или иную работу. СОП позволяет обеспечить согласованные действия медсестер на основе общих для всех правил, направляя их деятельность по уходу и фиксируя достигнутые результаты [143, 144, 147, 156, 158, 162, 164]. При этом следует иметь в виду, что деятельность медсестры медико-социального профиля, работающей с пожилым контингентом, предполагает оказание комплексной, ориентированной на разнообразные потребности пожилого человека помощи не только медицинского, но и социального характера.

По мнению специалистов, медсестрам необходимо работать, используя в своей практике сестринские технологии, (сестринский процесс), включающие проведение сестринского обследования пациента, постановку сестринского диагноза, планирование и осуществление сестринских вмешательств, обсуждение планов и результатов ухода со всеми специалистами, участвующими в реабилитации пациента и составляющими мультидисциплинарную команду [38-40, 136].

Специалисты констатируют, что организация всей сестринской деятельности должна быть четко регламентирована и описана в стандартных операционных процедурах. СОПы должны ориентировать деятельность медсестер не только на исполнение врачебных назначений, но и на самостоятельные действия по уходу за пожилыми пациентами в пределах своей компетенции [107, 137, 138].

Грамотное ведение сестринской документации необходимо для регистрации результатов сестринского ухода и наблюдения, выявления дефицитов ухода, получения информации о том, кем, когда и какого рода уход был обеспечен. Сестринские записи наглядно показывают динамику состояния пациента, обеспечивая преемственность предоставления помощи [122-124]..

Кроме этого, сестринские записи являются основным источником информации о проделанной медсестрой работе и, таким образом, свидетельствуют о ее качестве.

Регулярная оценка риска ухудшений (потери навыков самообслуживания, когнитивных нарушений, случаев падений, пролежней) необходима, как часть рутинной работы гериатрических медсестер [111, 114]. Регулярный мониторинг состояния пожилых пациентов может проводиться медсестрами на уровне каждого учреждения.

В настоящее время подобная оценка в российских учреждениях длительного гериатрического ухода не проводится.

## ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Исследование выполнено на кафедре семейной медицины ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова» Минздрава России.

Главной целью исследования явилось изучение медико-организационных особенностей оказания долговременной сестринской гериатрической помощи и обоснование мероприятий по повышению качества деятельности медицинских сестер. Для решения поставленных в работе задач изучались клинико-статистическая характеристика пациентов и деятельность среднего медперсонала в гериатрических учреждениях разной ведомственной принадлежности. Базой исследования явились учреждения Комитета социальной защиты населения Ленинградской области: ЛОГБУ «Кировский психоневрологический интернат», ЛОГБУ «Будогощский психоневрологический интернат», ЛОГБУ «Всеволожский дом-интернат для престарелых и инвалидов»; частные учреждения, включенные в реестр Департамента труда и социальной защиты Московской области (за декабрь 2020 г. №№ 159 и 166): ООО «Социальная служба Помощник» (ООО ССП) и ООО «Сениор Групп Малаховка» (ООО СГМ); государственные учреждения здравоохранения: ГБУЗ «Городская Поликлиника №114» (Санкт-Петербург), ГБУЗ «Городская поликлиника № 78» Фрунзенского района (Санкт-Петербург), ГБУЗ «Консультативно-диагностическая поликлиника № 121» Департамента здравоохранения города Москвы, ГБУЗ "Московский многопрофильный центр паллиативной помощи" (отделение медицинской помощи взрослому населению на дому) Департамента здравоохранения города Москвы.

С целью разработки и внедрения методики контроля качества сестринской гериатрической помощи проводился анализ информации о состоянии амбулаторных пациентов и пациентов учреждений долговременного пребывания, а также – анализ деятельности медицинских сестер. Все участники исследования дали информированное согласие. Исследование было одобрено локальным

этическим комитетом ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России.

Для реализации цели и задач диссертационной работы были установлены этапы (Таблица 1) комплексного медико-социологического, клинико-статистического и организационного исследования.

Таблица 1 — Материалы и методы исследования

Этапы исследования	Источники информации	Объект и объём исследования	Методы исследований
1. Медико-социальная характеристика гериатрических пациентов (структуру заболеваний, степень риска выраженности возраст-ассоциированных гериатрических синдромов).			
1.1. Медико-социальная характеристика состояния пациентов	ПНИ (Кировск) ПНИ (Будогощь) Дом-интернат (Всеволожск)	140 пациентов (420 показателей)	Аналитический метод, метод интервью, проспективное наблюдение, клинико-статистическое исследование и гериатрическая оценка в динамике. Социологический метод, наблюдения
	Поликлиника №114 (СПб)	210 пациентов (3360 показателей)	
1.2. Клинико-статистический анализ состояния пациентов в течение года	Пансионаты ООО ССП Пансионаты ООО ССМ	209 пациентов (4667 показателей)	
1.3. Анализ показателей состояния пациентов, как основа для установления характера многофункциональной сестринской работы			
2. Выявление особенностей организационно-нормативного обеспечения деятельности медицинских сестер			
2.1. Анализ внутренних нормативных документов, регламентирующих деятельность медицинских сестер	Пансионаты ООО ССП Пансионаты ООО ССМ ПНИ (Кировск) ПНИ (Будогощь) Дом-интернат (Всеволожск) Поликлиника №114 (СПб) Поликлиника №78 (СПб) Поликлиника №121 (Москва)	Федеральные нормативные документы – 26; Внутренние документы (наличие, актуальность и соблюдение): приказы, должностные инструкции, штатное расписание, стандартные операционные процедуры работы медсестер – 40.	Метод интервью, клинико-статистический анализ, наблюдения

## Продолжение таблицы 1

Этапы исследования	Источники информации	Объект и объём исследования	Методы исследований
3. Установление приоритетных показателей, характеризующих качество сестринской деятельности			
3.1. Анализ организации работы медсестер, как основы структурного и технологического качества их деятельности 3.2. Формирование методики оценки качества сестринской работы	Пансионаты ООО ССП Пансионаты ООО ССМ ПНИ (Кировск) ПНИ (Будогощь) Дом-интернат (Всеволожск) Поликлиника №114 (СПб) Поликлиника №78 (СПб) Поликлиника №121 (Москва)	Методика оценки качества сестринской работы – 3 группы показателей (показатели качества структуры, процессов (технологии) сестринских действий и показатели качества результатов сестринской работы за указанный период).	Организационный, медико-социологический, аналитический методы
4. Анализ деятельности медсестер и оценка их компетентности в вопросах гериатрического ухода			
4.1. Анализ компетентности (тестирование) медсестер на знания в области общего и гериатрического ухода	Поликлиника №114 (СПб) Центр паллиативной помощи (Москва)	94 медсестры (4703 показателя)	Организационный, медико-социологический, статистическая оценка результатов.
4.2. Определение представлений медсестер об ответственности за состояние пациентов	Пансионаты ООО ССП Пансионаты ООО ССМ	26 медсестер (1897 показателей)	
		25 медсестер (300 показателей)	
5. Обоснование медико-организационных мероприятий по улучшению деятельности медицинских сестер			
5.1. Разработка стандартных операционных процедур и алгоритмов деятельности медицинских сестер	Пансионаты ООО ССП Пансионаты ООО ССМ	Количество стандартных операционных процедур – 43.	Клинико-статистический анализ, социологический и аналитический методы
5.2. Анализ динамики показателей состояния пациентов за год		130 пациентов (1040 показателей)	
5.3. Анализ степени удовлетворенности пациентов сестринским уходом		87 пациентов (1044 показателей)	

*Продолжение таблицы 1*

Этапы исследования	Источники информации	Объект и объём исследования	Методы исследований
5.3. Подготовка медсестер к основам гериатрического ухода, разработка и включение в практику стандартных операционных процедур и действий медсестер	Пансионаты ООО ССП Пансионаты ООО ССМ	Программа повышения квалификации – 1. Количество обученных медсестер – 35 (55 показателей).	Организационный и аналитический методы
5.4. Разработка, апробация и включение в практику методики оценки качества деятельности медсестер.		Показатели качества сестринской деятельности: качество структуры – 5, качество процессов – 13, качество результатов – 12)	
ВСЕГО:	776 пациентов (10531 показатель) 180 медсестер (6955 показателей)		

Для получения репрезентативных результатов анализа состояния пациентов, был оценен необходимый объем выборки, участниками которой были пациенты старшего возраста, характеризовавшиеся рядом гериатрических синдромов. В качестве основных синдромов рассматривались такие как утрата независимости при выполнении повседневных действий, наличие когнитивных нарушений, склонность к падениям и пролежням, нарушения питания, наличие недержания и сенсорных дефицитов. При планировании исследования предполагалось, что частота проявления любого из перечисленных синдромов в выборке должна составлять от 50 до 70%, т.е. в среднем – 60%. Объем выборки был определен по формуле  $n = 15,4 \times p_1 \times (1-p_1) / W^2$  [115]. При  $p_1=60\%$  (0,6) и доверительном интервале  $W=20\%$  (0,2) с доверительной вероятностью 95% и уровнем значимости 0,05 для анализа распространенности и взаимосвязи гериатрических синдромов вычисленное по формуле количество пациентов в выборке должно составлять не менее 93 человек.

На первом этапе проводилось исследование состояния пациентов с целью установления видов необходимой сестринской деятельности. Анализ полученных в исследовании медико-социальных показателей состояния пациентов позволил установить необходимые виды и характер многофункциональной сестринской

работы. Для проведения исследований использовались стандартизованные гериатрические шкалы и тесты, позволяющие определить уровень возможных нарушений состояния пациентов в баллах. Для установления показателей качества результатов сестринской работы проводилось исследование динамики состояния пациентов стационарных учреждений в течение одного года. Проведенные исследования позволили предложить методику оценки качества сестринской деятельности.

В качестве источников гериатрических шкал и тестов использованы публикации [5, 7, 19, 25, 40, 96].

Для характеристики полиморбидности использовался индекс Лазебника – показатель, характеризующий среднее число болезней, приходящееся на одного пациента в той или иной возрастной когорте [64, 65].

Исследование функционального статуса пациентов проводилось с помощью шкалы оценки базовой активности в повседневной жизни Бартел и шкалы оценки повседневной инструментальной активности Лоутон. Шкала Бартел оценивает способность выполнять базовые действия по уходу за собой (личная гигиена, способность перемещаться, самостоятельность в туалете и т.п.). Шкала Лоутон оценивает способность к самостоятельности в быту (приготовление пищи, распоряжение деньгами, мелкая уборка в доме, совершение покупок и пр.). Эта шкала использовалась для оценки независимости в быту только пациентов поликлиники, поскольку пациентам, проживающим в условиях учреждения, выполнять соответствующие действия не приходится.

Для оценки факторов, оказывающих влияние на функциональный статус пациентов, дополнительно определялся уровень хронических болей, для чего использовалась визуальная аналоговая шкала ВАШ. В соответствии с этой шкалой, оценка боли со слов пациента устанавливалась в пределах от 0 (нет боли) до 10 (невыносимая боль). Для оценки болевого поведения дементных пациентов, которые не могли сообщить об испытываемой боли, использовалась поведенческая шкала PAINAD, по которой уровень боли также устанавливался в пределах от 0 до 10 баллов.

Для оценки силы пожатия кисти доминантной руки использовался кистевой динамометр ДК-50 с диапазоном измерений от 5 до 50 деканьютонов (1 даН соответствует примерно 1 кгс).

Для исследования психоэмоционального статуса пациентов использовались следующие шкалы: Тест «рисование часов» – установление признаков когнитивных нарушений на основе воспроизведения пациентом циферблата часов со стрелками, указывающими заданное время; Mini-Cog – установление признаков когнитивных нарушений на основе проверки запоминания слов и теста «рисование часов»; Краткая шкала оценки психического статуса (КШОПС или MMSE - Mini-Mental State Examination) – установление уровня проявлений когнитивных нарушений на основе исследования памяти, речи, способности ориентирования во времени и месте, концентрации внимания и пр.; Гериатрическая шкала депрессии (GDS-15) – установление уровня возможного депрессивного состояния.

Исследование рисков падений осуществлялось с помощью шкалы Морса, предусматривающей учет истории предшествовавших падений, мобильности, сопутствующих заболеваний и пр. Функциональные тесты «Встань и иди» (встать со стула, пройти вперед 3 метра, вернуться и сесть на стул – при этом фиксируется время исполнения) и тест удержания равновесия в тандемной позиции (на время) проводились только среди амбулаторных пациентов, поскольку среди них было больше пациентов, степень мобильности которых позволяла провести испытания.

Риски образования пролежней оценивались по шкале Нортон, учитывающей степень мобильности, психическое состояние, наличие недержания и пр.

Для исследования нутритивного статуса использовалась Краткая шкала оценки статуса питания MNA (Mini Nutritional Assessment), предусматривающая учет таких сведений как недавняя непреднамеренная потеря веса, индекс массы тела, степень мобильности, психический статус и пр.

Индекс массы тела оценивался по результатам взвешивания на медицинских весах и измерения роста с помощью медицинского ростомера.

На втором этапе изучалась организация сестринской гериатрической помощи с целью выявления недостатков в профессиональной компетенции медсестер в вопросах гериатрического ухода, наличия в учреждениях внутренних документов, регламентирующих порядок действий сестринского персонала и соблюдения медсестрами положений этих документов. Работа проводилась путем анализа внутренних документов учреждений здравоохранения, определяющих порядок организации сестринской гериатрической помощи маломобильным группам населения.

На третьем этапе исследования были установлены приоритетные показатели, характеризующие качество сестринской деятельности. К числу важных показателей качества были отнесены показатели качества структуры (показатели, характеризующие готовность медсестер к выполнению гериатрического ухода) и показатели качества процессов сестринской работы (технологическое качество). Показатели технологического качества характеризуют необходимость медсестер придерживаться в работе определенного порядка действий, предписанного разработанными в исследовании стандартными процедурами. В помощь сестринскому персоналу в этом исследовании были разработаны порядки 20-ти самостоятельных вмешательств, направленных на улучшение состояния гериатрических пациентов, в пределах сестринской компетенции. Была сформирована модель оценки качества сестринской деятельности, итогом которой (показателями качества результата) должны быть изменения в состоянии пациентов, обусловленные сестринским уходом, и степень удовлетворенности пациентов работой медсестер.

На четвертом этапе исследования для выявления приоритетных критериев качества работы медсестер проводилось изучение факторов, определяющих качество деятельности гериатрических медицинских сестер. Установление критериев оценки качества проводилось на основе анализа профессиональной компетенции медсестер привлеченных к исследованию организаций. Оценка профессиональной компетенции медсестер основывалась на проверке знаний в области общего и гериатрического ухода и проводилась с учетом требований

Федеральных государственных образовательных стандартов (ФГОС) России [98] на основе тестовых заданий, выбранных из разных источников [34, 44, 45]. Блок тестовых заданий состоял из 55 вопросов, включая 15 из области гериатрии. Каждое задание содержало несколько вариантов ответа, один из которых – правильный. Оценивалась доля правильных ответов на каждый вопрос в общей группе респондентов, а также – в подгруппах в зависимости от возраста, должности, места работы, общего сестринского стажа, стажа работы в гериатрии.

Представления об ответственности медсестер за состояние гериатрических пациентов оценивались по результатам анализа ответов на поставленные вопросы (Приложение Д, Таблица Д-1). Вопросы были адаптированы из материалов зарубежного исследования практических показателей качества ухода в домах престарелых [125].

На пятом этапе исследования были обоснованы предложения по организации мероприятий по улучшению сестринской деятельности. В рамках этой работы был проведен эксперимент по включению в деятельность среднего медперсонала учреждений долговременного пребывания приоритетных показателей из предложенной модели оценки качества сестринской работы. Медсестры привлеченных к исследованию стационарных пансионатов были подготовлены к проведению необходимых действий по оценке состояния пациентов. Для оценки качества результатов сестринской работы оценивалась динамика основных показателей состояния пациентов (функциональный и когнитивный статус) за год наблюдений и сохранение условий физической безопасности пациентов (падения и пролежни).

К характеристикам показателей качества результатов была отнесена и степень удовлетворенности пациентов сестринским уходом. Степень удовлетворенности пациентов сестринским уходом оценивалась по количеству оценок от «отлично» до «плохо» в ответах на каждый из поставленных вопросов. Использовались вопросы из «Опросника удовлетворенности пациентов качеством сестринского ухода» (PSNCQQ – Patient Satisfaction with Nursing Care Quality

Questionnaire) [111, 160] адаптированного к условиям гериатрического ухода в учреждении длительного пребывания.

В работе была разработана и используется в практической деятельности пансионатов длительного пребывания методика оценки качества сестринской деятельности в гериатрическом уходе. Введение в практическую деятельность предложенной методики оценки качества позволяет проводить регулярный мониторинг состояния пациентов, накапливая статистический материал для регулярной внутренней оценки качества работы медсестер и поддержания постоянного высокого уровня их деятельности.

Статистическая обработка. Статистический анализ полученных данных проводился при помощи программ SPSS 20.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA), MedCalc 11.5.00 (Medcalc Software, Oostende) и Microsoft Excel 2010. Критической границей достоверности была принята величина равная 0,05.

Средние значения (M) и стандартное отклонение (CO) были рассчитаны для переменных с нормальным распределением. Медиана (Me), интерквартильный размах [ИКР] были рассчитаны для переменных, имеющих распределение, отличное от нормального. Для оценки межгрупповых различий применялись тест Манна-Уитни, критерий Краскела - Уоллиса и критерий знаковых рангов Уилкоксона для связанных выборок, хи-квадрат и многофакторный анализ (простая и множественная логистическая и линейная регрессии), диагностический тест сравнения пропорций.

### **ГЛАВА 3. МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ И КЛИНИКО-СТАТИСТИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПАЦИЕНТОВ, ПОЛУЧАВШИХ ДОЛГОВРЕМЕННУЮ СЕСТРИНСКУЮ ГЕРИАТРИЧЕСКУЮ ПОМОЩЬ**

#### **3.1. Медико-социальная характеристика и клинико-статистический анализ состояния пациентов стационарных учреждений долговременного ухода**

Наиболее полную клиническую и социальную характеристику пациентов пожилого возраста позволяет получить комплексная гериатрическая оценка, базирующаяся на использовании при их обследовании стандартизованных гериатрических инструментов. Такая оценка позволяет наиболее эффективно оценить потребность пациентов в видах и объеме гериатрической помощи и планировать мероприятия по уходу.

К обследованию в течение 2017 и 2018 года были привлечены 220 пациентов стационарных учреждений (пансионатов долговременного пребывания), однако количество пациентов изменялось в связи с возникавшей необходимостью их госпитализации, неизбежными летальными исходами (за 2017 и 2018 годы – 7,2%), плановым выбытием из учреждения и поступлением новых пациентов. Поэтому обследования проводились в группе из 209 человек.

Средний возраст пациентов пансионатов составил  $81,5 \pm 9,4$  лет [Me = 83, ИКР=(77-88)]. Женщины были старше мужчин: средний возраст женщин составил  $83,1 \pm 7,6$  лет [(Me = 84, ИКР = (80-88)], мужчин –  $77,3 \pm 12,0$  [Me = 79, ИКР = (71,5-85,5)]. Среди пациентов пансионатов 10,5% не имели родственников. Срок пребывания пациентов в пансионатах к началу исследования составил в среднем около 2,5 лет [Me ИКР = 26,0 (10,0- 47,5) месяцев], различий по времени пребывания между мужчинами и женщинами найдено не было.

Пациенты пансионатов в возрасте 70-79 лет составили 23,0%, старше 90 лет – 17,2%, а младше 70 лет – 8,1% (Таблица 2).

Таблица 2 – Распределение пациентов пожилого и старческого возраста в пансионатах долговременного пребывания с учетом пола и возраста (%)

Количество пациентов по возрасту n (%)	мужчины	женщины	оба пола
До 70 лет	10 (58,8)	7 (41,2)	17 (8,1)
70-79 лет	18 (37,5)	30 (62,5)	48 (23,0)
80-89 лет	21 (19,4)	87 (80,6)	108 (51,7)
90 лет и старше	6 (16,7)	30 (83,3)	36 (17,2)
Всего	55 (26,3)	154 (73,7)	209 (100,0)

Среди обследованных пациентов выявлено значительное преобладание женщин (73,7%) по сравнению с мужчинами (26,3%). Наибольшее количество женщин наблюдалось в возрастных группах старше 90 лет (83,3%), 80-89 лет (80,6%) и 70-79 лет (62,5%) (Рисунок 1).

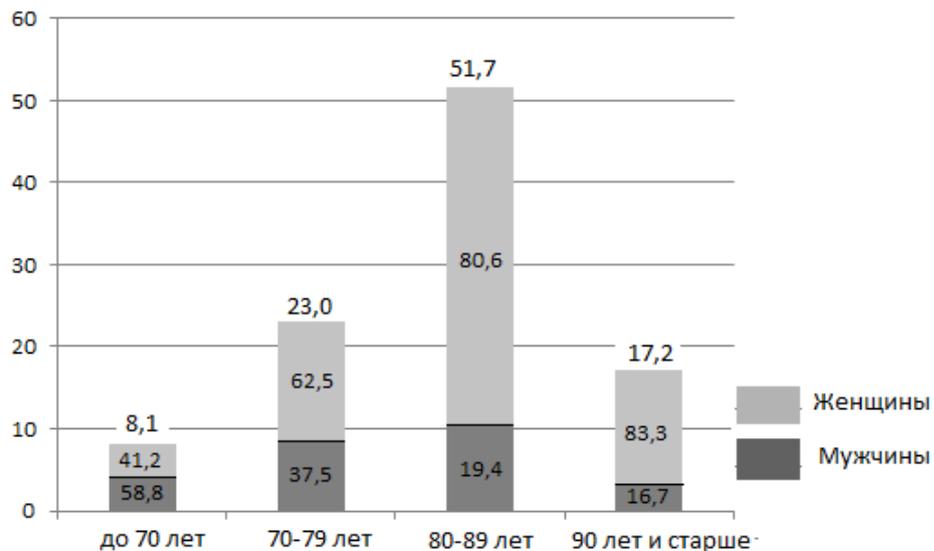


Рисунок 1 — Распределение пациентов по полу и возрасту в пансионатах долговременного пребывания (%)

Статистически значимых различий по полу и возрасту между семейными и одиночными найдено не было. Одинокие находились в пансионатах дольше, чем семейные ( $p < 0,01$ ): 46,0 [28,0–61,0] и 22,0 [10,0–46,0] месяцев соответственно. Вспомогательные средства передвижения, использовали 59,8% пациентов, причем

более половины из них передвигались и проводили большую часть времени в кресле-коляске.

Пациенты характеризовались рядом гериатрических синдромов, наиболее значимыми из которых были нарушения мобильности (61,2%), недержание мочи/кала (71,8%) и наличие сенсорных нарушений (87,6%) (Таблица 3).

Таблица 3 — Удельный вес пациентов пансионатов с наличием функциональных ограничений (%)

Виды функциональных ограничений	% от общего числа (n=209)
1. Нарушения мобильности (передвижения)	61,2
из них: использовали помощь персонала	0,6
использовали поручни	1,9
использовали трость	10,0
использовали ходунки	10,0
использовали кресло-коляску	37,3
лежачие	1,4
2. Наличие недержания (мочи/кала)	71,8
из них имели постоянный мочевыводящий катетер	5,3
3. Нарушения поведения, потребовавшие применения мер физического ограничения (при беспокойном поведении).	6,2
4. Мальнутриция, потребовавшая применения принудительного кормления	4,3
5. Наличие сенсорных дефицитов	87,6
нарушения и зрения, и слуха	66,0
нарушения зрения	85,6
из них использовали очки/лупу	50,8
нарушения слуха	67,5
из них использовали слуховой аппарат	10,6
6. Нарушения сна	21,0
из них принимали снотворные препараты	40,9

Наличие сенсорных нарушений было выявлено у 87,6% из участников исследования в пансионатах, причем снижение слуха – у 67,5%, а снижение зрения – у 85,6% пациентов. Только 10,6% из них использовали слуховые аппараты и 50,8% – очки или лупу. Было установлено, что 71,5% участников исследования с нарушениями зрения и 75,5% участников с нарушениями слуха имели полную и выраженную зависимость в повседневной деятельности.

Результаты клинико-статистического анализа свидетельствуют, что большинство пациентов пансионатов (58,4%) имели от 5 до 7 диагнозов

хронических заболеваний и наличие инвалидности, определяющие потребность в медицинской и социальной помощи, и необходимость регулярно принимать большое количество лекарственных препаратов (Таблица 4, Рисунок 2).

Таблица 4 — Удельный вес пациентов в пансионатах долговременного пребывания, имевших установленные хронические заболевания (%)

Количество медицинских диагнозов у каждого пациента	Удельный вес пациентов с наличием заболеваний (%) (n=209)
0–4	19,1
5–7	58,4
8–12	22,5
Итого	100,0

Индекс полиморбидности Лазебника (среднее число болезней, приходящееся на одного пациента в той или иной возрастной группе) – среди пациентов пансионатов составил  $4,8 \pm 1,5$  для пациентов моложе 70 лет, а среди пациентов старших возрастных групп (71-79, 81-90 и старше 90) –  $6,2 \pm 2,0$ .

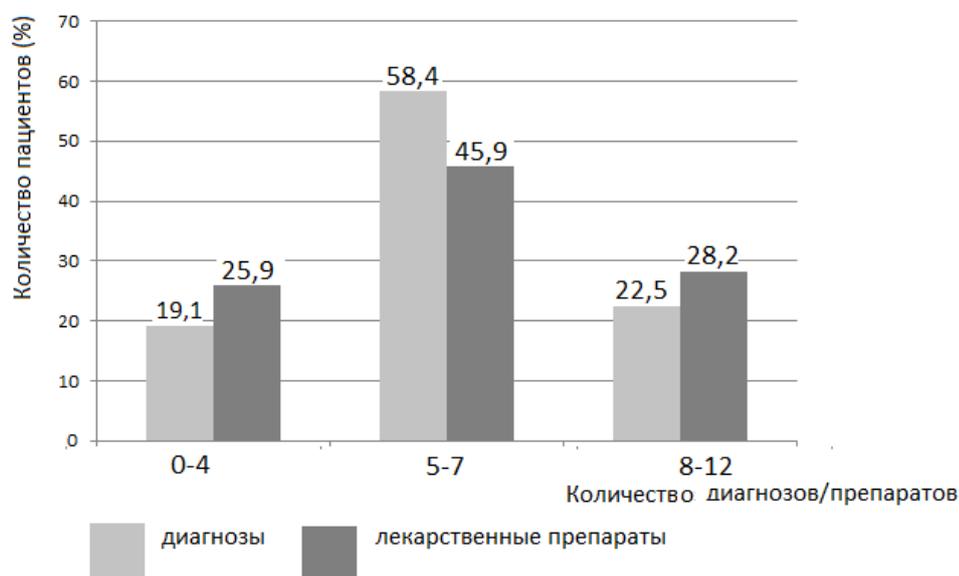


Рисунок 2 — Распределение пациентов с учетом наличия полиморбидности и полипрагмазии (%)

Среди основных, регулярно принимаемых лекарственных препаратов преобладали гипотензивные (71,3%), антипсихотические (66,5%), улучшающие

мозговое кровообращение (55,5%), диуретики (31,6%), антидепрессанты (24,9%) и др. (Рисунок 2).

Наиболее частыми диагнозами у пациентов были цереброваскулярная болезнь (88%), ишемическая болезнь сердца (87,1%), нейропатия (87,1%), артериальная гипертензия (86,1%). У половины пациентов (49,3%) диагностированы деменции различной этиологии. Различные заболевания костно-мышечной системы, такие как дорсопатия, остеоартроз, артрит, состояние после переломов имели 42,1% пациентов (Рисунок 3).

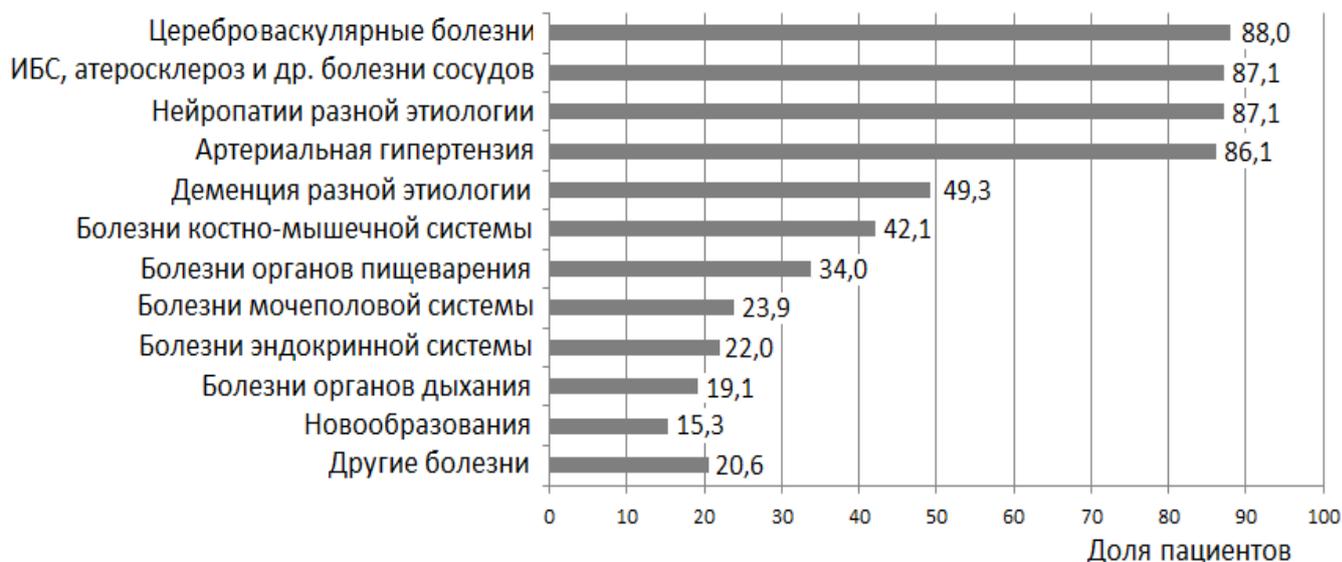


Рисунок 3 — Заболевания пациентов пансионатов, имевших установленные диагнозы (%)

Частыми были различные заболевания органов пищеварения (34,0%): гастрит, язва, холецистит и болезни мочеполовой системы (23,9%): почечная недостаточность, пиелонефрит, аденома предстательной железы и др.

По результатам сестринского обследования с помощью стандартизованных гериатрических шкал у пациентов пансионатов были выявлены различные клинико-функциональные нарушения и риски их ухудшения (Таблица 5).

Таблица 5 — Распределение пациентов с учетом результатов гериатрической оценки (%)

Уровни выявленных нарушений в баллах	Количество пациентов, %
Уровень активности в повседневной деятельности (ADL) по шкале Бартел (оценка в баллах 0-100): полная зависимость (0-20) выраженная зависимость (21-60) частичная зависимость (61-90) независимость или легкая зависимость (91-100)	n = 209 33,0 37,8 23,5 5,7
Наличие депрессии по шкале GDS-15 (оценка в баллах 0-10): наличие депрессии (>10) возможно депрессивное состояние (6-10) нет депрессии (0-5)	n = 16 6,3 25,0 68,7
Оценка наличия деменции с помощью теста рисования часов (оценка в баллах 0-10): наличие признаков деменции (< 9) нет деменции (9-10)	n = 205 97,1 2,9
Когнитивный статус по шкале КШОПС (в баллах 0-30): тяжелая деменция (0-10) умеренная деменция (11-19) легкая степень деменции (20-23) преддементные когнитивные нарушения (24 – 27) нет нарушений (28 – 30)	n = 204 37,2 30,4 14,3 10,2 7,9
Оценка уровня боли в баллах (ВАШ, PainAD; 0-10) сильные боли (8-10) умеренные боли (4-7) слабые боли (2-3) нет боли (0-1)	n = 209 0 5,7 7,2 87,1
Сила пожатия доминантной руки (кг): от 90 до 95% мужчин старше 79 лет (32,5-35,0) от 90 до 95% женщин старше 81года (17,0-18,0)	n = 54 0,0 0,0
Риск недоедания (мальнутриции) по шкале MNA (в баллах 0-30): мальнутриция (< 17) риск мальнутриции (17-23,5) нормальный нутритивный статус (24- 30)	n = 150 12,0 62,0 26,0
Риск развития пролежней по шкале Нортон (оценка в баллах 0-14): высокий риск ( $\leq 12$ ) умеренный риск (13-14) нет риска (>14)	n = 209 34,9 23,0 42,1
Риск падений по шкале Морса (оценка в баллах 0-45): высокий риск (>45) умеренный риск (25-45) низкий риск (0-20)	n = 208 53,8 27,4 18,8

Наличие признаков дементных нарушений по тесту рисования часов было выявлено у 97,1% пациентов пансионов; 25,0% когнитивно сохранных пациентов

имели признаки депрессивного состояния, а 68,7% не проявили признаков депрессии.

Оценка функционального статуса пациентов пансионатов по шкале Бартел показала, что 70,8% пациентов пансионатов характеризовались как имеющие выраженную и полную зависимость от помощи в повседневной деятельности, и только 5,7% были независимы (Рисунок 4).

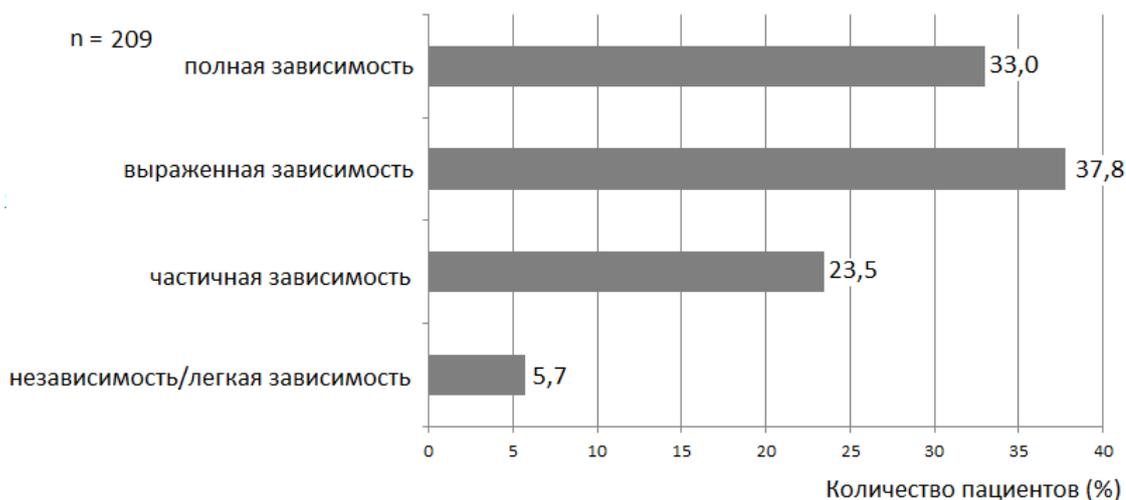


Рисунок 4 — Распределение пациентов пансионатов по степени активности/зависимости от помощи при выполнении повседневных действий (ADL) по шкале Бартел (%)

Исследование их когнитивного статуса с помощью шкалы КШОПС показало, что 37,2% из них имели тяжелую деменцию, 30,4% – умеренную и только 7,9% пациентов полностью сохранили когнитивные способности (Рисунок 5).

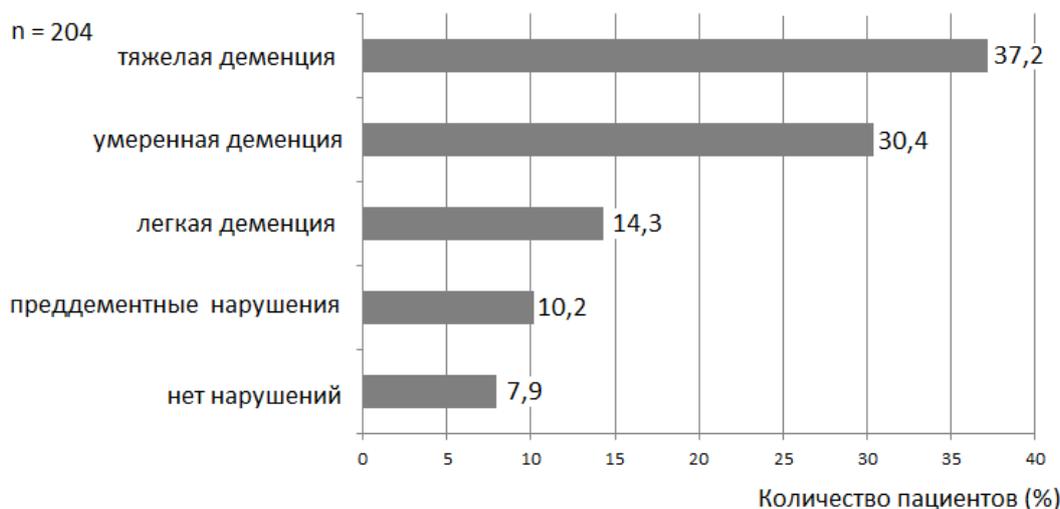


Рисунок 5 — Распределение пациентов пансионатов по степени проявления когнитивных нарушений (%)

Результаты этого обследования показали, что функциональный спад в первую очередь ассоциирован с наличием у пациентов, находящихся в учреждении длительного пребывания, нарушений когнитивного статуса. С долей стационарных пациентов, имевших полную и выраженную зависимость по шкале Бартел (70,8%) сравнима доля пациентов с тяжелыми и умеренными когнитивными нарушениями (67,6%).

Оценка уровня боли проводилась с целью установления связи болевого синдрома с уровнем функционального статуса пациентов. Все обследуемые пациенты пансионата опрашивались на предмет наличия болей. Жалобы на постоянные боли, в основном нейрогенного и костно-мышечного характера, отмечены у 7,2% пациентов с сохраненными когнитивными способностями. Интенсивность болей определялась по визуальной аналоговой шкале (ВАШ). У 5,7% пациентов отмечены умеренные боли (от 4 до 7 по шкале), причем 83% из них использовали болеутоляющие средства. У 7,2% пациентов были отмечены слабые боли (от 1 до 3 по ВАШ). Среди пациентов с умеренными болями 83,3% имели полную и выраженную зависимость от помощи в повседневной деятельности. Медсестры провели также оценку болевого поведения 12% пациентов, имевших выраженные когнитивные нарушения (КШОПС от 0 до 19 при среднем значении  $6,3 \pm 7,0$ ), по шкале PAINAD, при этом у 48% из них были признаки слабой боли.

Важным маркером патологического старения является саркопения, которая была диагностирована с помощью кистевой динамометрии. Средняя силажатия кисти доминантной руки у женщин была  $11,6 \pm 6,3$  кг, у мужчин –  $19,2 \pm 7,2$  кг. Все пациенты (100%) показали результат ниже уровня, соответствующего 90 и 95 центилям для здоровых людей соответствующего возраста [95], что соответствует выраженному снижению мышечной силы. Среди пациентов, принявших участие в кистевой динамометрии, 65% имели полную и выраженную зависимость от помощи в повседневной деятельности.

В комплексной оценке пожилых людей важную роль играет оценка состояния питания. Несмотря на то, что все пациенты, находясь в пансионате, получали должное

по объему и калорийности питание, тем не менее, ряд состояний и заболеваний определял высокую вероятность развития недостаточности питания (мальнутриции). В нашем исследовании риск мальнутриции был выявлен у 62% пациентов, а 12% характеризовались, как пациенты, имеющие недостаточное питание.

Высокий риск развития пролежней имели около трети пациентов, а высокий риск падений – более половины пациентов.

До проведения настоящего исследования в учреждениях долговременного ухода приведенный подход к оценке состояния пациентов не применялся. Однако, именно оценка, основанная на использовании стандартизованных гериатрических инструментов, позволяет наиболее эффективно оценить потребность в видах и объеме гериатрической помощи и планировать сестринский уход.

В ходе исследования проводилась оценка когнитивного статуса пациентов социальных учреждений долговременного пребывания Комитета социальной защиты Ленинградской области. Основным инструментом, использованным при оценке, стала Краткая шкала оценки психического статуса (КШОПС), что обусловлено трудностями использования других шкал и опросников у пациентов с выраженными когнитивными нарушениями. Общее количество пациентов, отобранных и принявших участие в исследовании, составило 140 человек: 11,3% пациентов Кировского ПНИ, 24,9% Будогощского ПНИ и 27,5% обследованных из Всеволожского дома-интерната (Таблица 6).

Таблица 6 — Результаты оценки психического статуса подопечных учреждений долговременного пребывания Ленинградской области (%)

Психический (когнитивный) статус по шкале КШОПС (оценка в баллах 0-30):	Количество пациентов, (%)			
	Кировский ПНИ (n=37)	Будогощский ПНИ (n=81)	Всего в ПНИ (n=118)	Всеволожский ДИ (n=22)
тяжелая деменция (0–10)	46,0	30,9	35,6	18,2
умеренная деменция (11–19)	43,2	23,4	29,7	27,3
легкая степень деменции (20–23)	10,8	24,7	20,3	31,8

*Продолжение таблицы 6*

Психический (когнитивный) статус по шкале КШОПС (оценка в баллах 0-30):	Количество пациентов, (%)			
	Кировский ПНИ (n=37)	Будогощский ПНИ (n=81)	Всего в ПНИ (n=118)	Всеволожский ДИ (n=22)
предметные когнитивные нарушения (24 – 27)	-	21,0	14,4	-
нет нарушений (28 – 30)	-	-	-	22,7
Итого	100	100	100	100

Наибольшее количество пациентов с тяжелой деменцией (35,6%) ожидаемо было установлено в ПНИ. Среди подопечных ПНИ не было обнаружено тех, кто совсем не имел психических нарушений. В доме-интернате для престарелых также были обнаружены пациенты с тяжелой деменцией (18,2%), но наибольшее количество пациентов (31,8%) характеризовались наличием легкой деменции. Доля пациентов с умеренной деменцией была практически одинакова в ПНИ и в ДИ: 29,7% и 27,3% соответственно. Все пациенты с тяжелой деменцией были полностью зависимы от посторонней помощи, маломобильны, а также имели высокий риск развития пролежней и мальнутриции.

Нами было проведено сравнение когнитивного статуса пациентов ПНИ и пациентов частных пансионатов долговременного пребывания. Более легкие степени когнитивных нарушений в пансионатах (которые не являются специализированными психоневрологическими учреждениями) имели 24,5% пациентов, а в ПНИ – 34,7%, т.е. значительная часть подопечных психоневрологических интернатов. Наличие легких степеней психоневрологических нарушений более чем у трети подопечных ПНИ свидетельствует о том, что эти постояльцы могут содержаться в учреждениях общего типа, и это может позволить им лучше социализироваться и поддерживать более высокое качество жизни. Сравнение результатов оценки когнитивного состояния пациентов в государственных и частных учреждениях (Рисунок 6) показало, что в обоих случаях количество пациентов с тяжелой и умеренной деменцией было примерно одинаково.

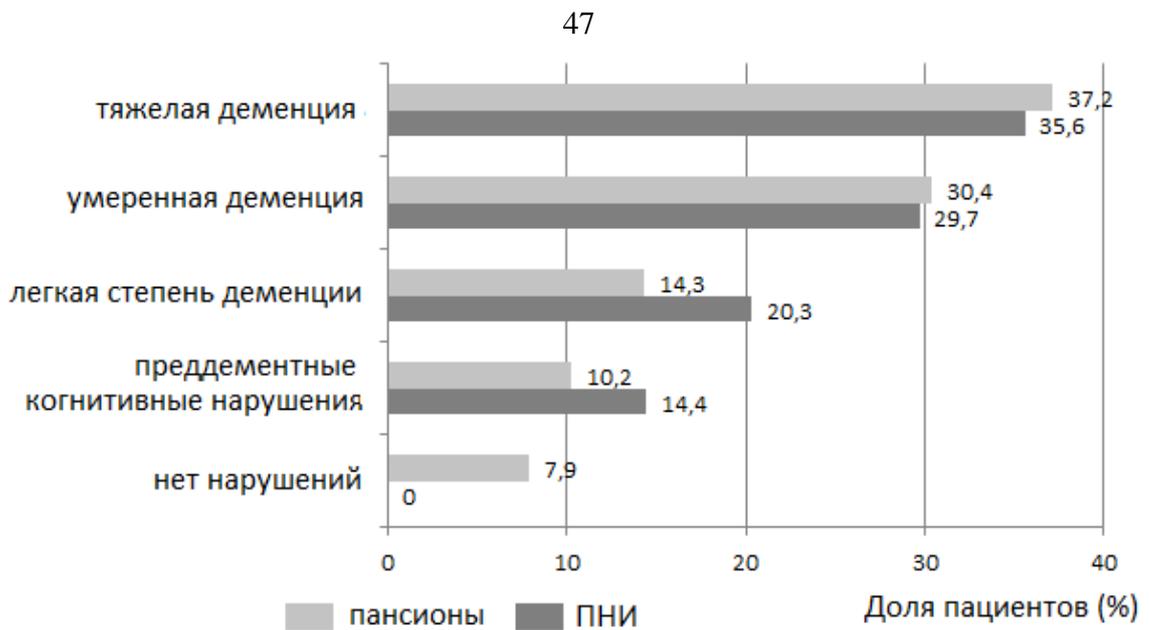


Рисунок 6 — Сравнительные показатели числа когнитивных нарушений у пациентов государственных ПНИ и частных пансионатов для пожилых людей (%)

Такой результат свидетельствует о потребности пациентов ПНИ в комплексном гериатрическом уходе и необходимости соответствующего обучения медицинских сестер этих учреждений социальной защиты. Данные нашего исследования подтверждают необходимость обучения медицинских сестер социальных психоневрологических учреждений долговременного пребывания тем же приемам и методикам, что и в учреждениях долговременного пребывания общего типа.

### 3.2. Анализ выраженности гериатрических синдромов у пациентов, получавших гериатрическую помощь на этапе амбулаторного патронажа на дому

Исследование клинико-статистических характеристик пациентов гериатрического патронажа проводилось на базе Гериатрического медико-социального отделения (ГМСО) поликлиники №114 Санкт-Петербурга (далее – поликлиники). В процессе исследования проводилась гериатрическая оценка маломобильных пациентов на дому.

Первоначальная выборка участников исследования из числа пациентов поликлиники №114 была представлена 300-ми пациентами, наблюдавшимися в рамках патронажа. Однако 90 человек (30%) к началу проведения исследования выбыли (30 человек (10%) - отказались от участия, 45 человек (15%) - переехали из зоны обслуживания в другие районы (в том числе 5% – в дома престарелых), и 15 человек (5%) умерли). В итоге в данном исследовании приняли участие 210 пациентов поликлиники.

Основные нарушения состояния пациентов поликлиники были связаны с перенесенными острыми нарушениями мозгового кровообращения (ОНМК) – 55,2% (116 чел.) и с диагностированной деменцией – 50,0% (n = 105).

Средний возраст пациентов поликлиники составил  $78,4 \pm 10,5$  лет [Me = 80, ИКР = (70-87)]. Женщины были старше мужчин: средний возраст женщин составил  $80,6 \pm 9,3$  лет [(Me = 82, ИКР = (73-88)], мужчин –  $72,5 \pm 11,0$  [Me = 70, ИКР = (65-80)].

Общие сведения о пациентах, наблюдавшихся на дому в рамках гериатрического патронажа, приведены в таблице 7.

Таблица 7 — Удельный вес пациентов поликлиники, принявших участие в исследовании (%)

Характеристики пациентов	Количество пациентов n (%)
1. Пол	
мужчины	60 (28,6)
женщины	150 (71,4)
оба пола	210 (100)
2. Возраст:	
до 70	48 (22,9)
70-79	56 (26,6)
80-89	73 (34,8)
90 и более	33 (15,7)
итого	210 (100)
3. Одинокие	37 (17,6)
4. Проживающие в семье	173 (82,4)
Итого	210 (100)

Из 210 пациентов поликлиники наибольшее количество составили пациенты, возраст которых был в пределах 80-89 лет – 73 чел. (34,8%), причем во

всех возрастных группах преобладали женщины (рисунок 7). Среди пациентов младше 70 лет, которых было 48 чел. (22,9%), количество мужчин и женщин было сравнимым.

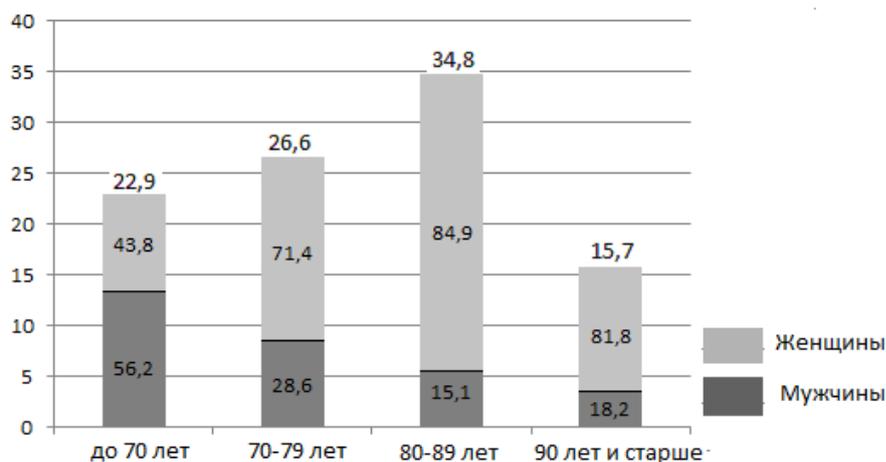


Рисунок 7 — Распределение пациентов поликлиники при патронаже на дому с учетом пола и возраста (%)

Оценка функционального статуса пациентов поликлиники по шкале Бартел показала (Таблица 8), что почти половина (46,2%) пациентов поликлиники имела частичную зависимость от посторонней помощи при выполнении повседневных действий (одевание, личная гигиена, отправление естественных потребностей, перемещение), полностью зависимы были 9,1%, выраженной зависимостью характеризовались 27,6%, а практически независимы были 17,1%.

Таблица 8 — Удельный вес пациентов с наличием гериатрических синдромов, с учетом их выраженности (%)

Уровни выявленных нарушений в баллах	Количество пациентов, имевших нарушения (%)
Уровень активности в повседневной деятельности (ADL) по шкале Бартел (оценка в баллах 0-100):	n = 210
полная зависимость (0-20)	9,1
выраженная зависимость (21-60)	27,6
частичная зависимость (61-90)	46,2
независимость или легкая зависимость (91-100)	17,1
Уровень инструментальной активности (IADL) по шкале Лоутон (оценка в баллах 0-27):	n = 210
полная зависимость (0-7)	92,8
выраженная зависимость (8-15)	7,2
частичная зависимость (16-23)	0
независимость или легкая зависимость (24-27)	0

## Продолжение таблицы 8

Уровни выявленных нарушений в баллах	Количество пациентов, имевших нарушения (%)
Состояние питания по шкале MNA (оценка в баллах 0-30): мальнутриция (<17) риск мальнутриции (17–23,5) нормальный нутритивный статус (24–30)	n = 210 55,2 31 13,8
Риск развития пролежней по шкале Нортон (оценка в баллах 0-14): высокий риск ( $\leq 12$ ) умеренный риск (13-14) нет риска ( $>14$ )	n = 210 27,2 20,0 52,8
Риск падений по шкале Морса (оценка в баллах 0-45): высокий риск ( $>45$ ) умеренный риск (25-45) низкий риск (0-20)	n = 210 66,2 24,8 9,0
Риск падений при оценке с помощью теста «Встань и иди» (оценка в секундах): высокий риск ( $>10$ с) низкий риск ( $\leq 10$ с) не справились с заданием	n = 210 44,8 10,0 45,2
Риск падений при оценке с помощью тандем-теста на равновесие (оценка в секундах): высокий риск ( $<10$ с) низкий риск ( $\geq 10$ с) не справились с заданием	n = 210 21,4 8,6 70
Когнитивные функции по шкале MiniCog (оценка в баллах 0-3): возможно наличие деменции ( $<3$ ) необходимо дальнейшее исследование ( $\geq 3$ )	n = 210 47,1 52,9
Наличие депрессии по шкале GDS-15(оценка в баллах 0-10): наличие депрессии ( $>10$ ) возможно депрессивное состояние (6-10) нет депрессии (0-5)	n = 210 29,5 34,3 36,2
Когнитивные функции с помощью теста рисования часов (оценка в баллах 0-10): наличие признаков деменции ( $< 9$ ) нет деменции (9-10)	n = 210 61,9 38,1
Психический (когнитивный) статус по шкале КШОПС (оценка в баллах 0-30): тяжелая деменция (0–10) умеренная деменция (11–19) легкая степень деменции (20–23) преддементные когнитивные нарушения (24–27) нет нарушений (28–30)	n = 210 14,8 20,9 14,3 28,1 21,9

Все пациенты показали ожидаемо низкий результат при оценке инструментальной активности в повседневной жизни (по шкале Лоутон): 100%

пациентов были оценены, как нуждающиеся в помощи при приготовлении пищи, стирке, уборке, покупках, пользовании телефоном, распоряжении финансами, самостоятельном приеме лекарств. При этом 92,9% пациентов были полностью зависимы от помощи, а 7,1% имели выраженную зависимость.

В целом, доля независимых, легко и частично зависимых пациентов преобладала над долей тех, кто имел выраженную и полную зависимость: 63,3% и 36,7% соответственно (Рисунок 8).

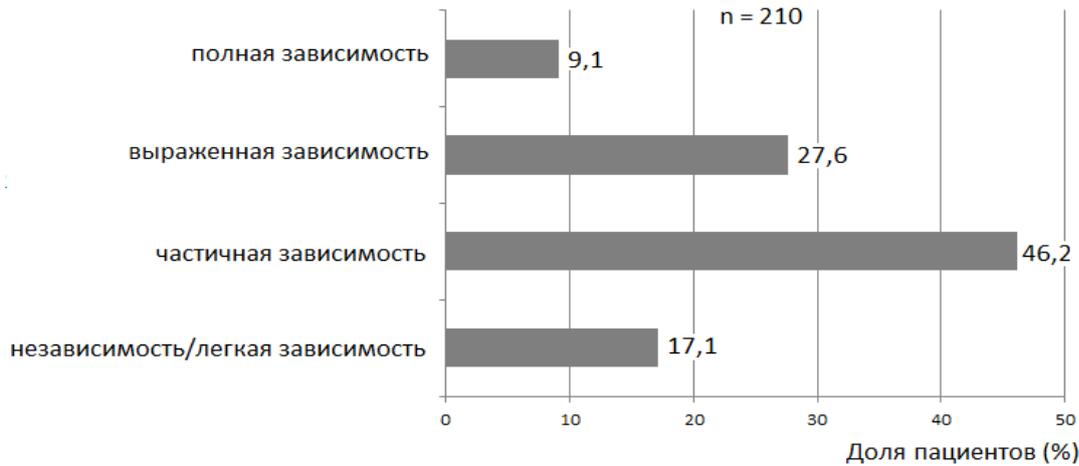


Рисунок 8 — Распределение пациентов поликлиники по степени активности/зависимости от помощи (ADL), установленное по шкале Бартел (%)

Из числа пациентов поликлиники – 116 чел. (55,2%) имели показатель, установленный по Краткой шкале оценки питания (MNA), свидетельствующий о недостаточности питания (мальнутриции). Риск мальнутриции был установлен у 31% пациентов, а нормальный нутритивный статус – у 13,8% пациентов.

Большинство пациентов не имело высокого риска развития пролежней по шкале Нортон –52,9%, но умеренный риск был у 20%.

Более половины пациентов, обследованных на дому, показали высокий риск падений, установленный по шкале Морса –66,2%. Низкий риск падений был установлен только у 9%. Низкая скорость ходьбы, указывающая на высокий риск падений, была установлена у 44,8%, нарушение способности удерживать равновесие – у 21,4%. При этом 45,2% пациентов не смогли выполнить тест на скорость ходьбы, а 70% – тест на удержание равновесия.

Наличие депрессии по шкале GDS-15 было зафиксировано у 29,5%, а 34,3% проявили признаки возможного депрессивного состояния. Тест рисования часов и тест «MiniCog» выявили сопоставимые значения частоты проявления когнитивных нарушений: 52,9% и 61,9% соответственно.

Более детальное исследование с помощью Краткой шкалы оценки психического статуса (КШОПС) показало (Рисунок 9), что когнитивные нарушения (от легкой до тяжелой степени) имели место у 50% пациентов.

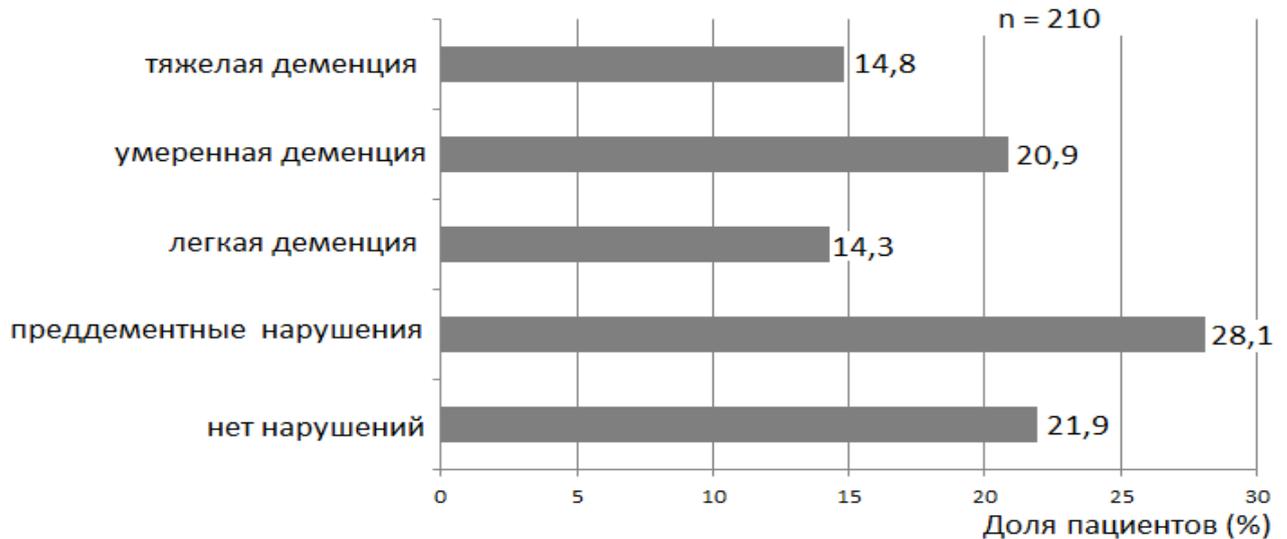


Рисунок 9 — Удельный вес когнитивных нарушений у пациентов поликлиники, установленный по шкале КШОПС (%)

Пациенты поликлиники были младше пациентов учреждения долговременного пребывания (пансионов), поскольку в группу гериатрического патронажа отбирались не только пациенты старшего возраста с функциональными нарушениями, но и более молодые пациенты, получившие инвалидность после перенесенных заболеваний или после стационарного лечения.

Среди пациентов, живущих в домашних условиях, было почти вдвое больше тех, у кого не было обнаружено серьезных (клинически значимых) когнитивных нарушений и пациентов с выраженной и полной зависимостью при выполнении повседневных действий по обеспечению ухода за собой. В то же время доля пациентов, нуждавшихся в бытовой помощи (приготовление пищи, распоряжение деньгами, мелкая уборка в доме, совершение покупок и пр.) была практически 100%-ной. Доля амбулаторных пациентов с мальнутрицией

составила 55,2%. Этот результат свидетельствует о том, что в домашних условиях не всегда пациентам может быть обеспечен необходимый рацион и возможность регулярного питания, в том числе, по причинам социального характера, таким как бедность, одиночество или пренебрежительное отношение в семье.

### **3.3. Анализ медико-социальной характеристики гериатрических пациентов и ее связь с организационно-функциональной деятельностью среднего медицинского персонала**

Проведенное обследование выявило существенное распространение среди гериатрических пациентов ряда гериатрических синдромов, среди которых наиболее важным является снижение самостоятельности и независимости в повседневной жизни. Ограничения в выполнении первостепенных повседневных действий по самообслуживанию (при одевании и раздевании, гигиенических процедурах, приеме пищи, перемещениях и пр.), определяющих функциональный статус пациента, оказывают самое основное влияние на качество его жизни. Умение медсестры оценивать уровень независимости пациента и понимание причин ухудшения функционального состояния следует считать обязательным компонентом гериатрического ухода. Функциональный статус пожилого пациента связан с рядом других нарушений его состояния. В нашем исследовании были выявлены основные характеристики этой связи.

Для выявления связи функционального статуса и других факторов, характеризовавших состояние гериатрических пациентов, в нашем исследовании было проведено разделение обследованных пациентов стационарных пансионатов, и пациентов поликлиники, наблюдавшихся амбулаторно в рамках гериатрического патронажа, на группы по уровню их зависимости от посторонней помощи, выявленной по шкале Бартел (Таблица 9). Нами проводился анализ проявления различных факторов и синдромов гериатрических пациентов в

каждой из четырех групп: в группе пациентов с полной зависимостью, с выраженной зависимостью, с частичной зависимостью и в группе независимых пациентов.

Таблица 9 — Распределение стационарных пациентов по факторам и синдромам, характеризовавшим их состояние, в зависимости от уровня активности

Количество участников/пациентов, имевших нарушения	Факторы и синдромы, характеризующие состояние пациентов	Распределение пациентов в зависимости от уровня активности в повседневных действиях (ADL) *n (%)			
		полная зависимость 0-20 (n=69)	выраженная зависимость 21-60 (n=79)	частичная зависимость 61-90 (n=49)	независимость 91-100 (n=12)
154	Женщины	53 (76,8)	58 (73,4)	35 (71,4)	8 (66,7)
55	Мужчины	16 (23,2)	21 (26,6)	14 (28,6)	4 (33,3)
150	Наличие недержания (мочи/кала)	61 (88,4)	64 (81,0)	23 (46,9)	2 (16,7)
179	Нарушение зрения	63 (91,3)	65 (82,3)	41 (83,7)	10 (83,3)
141	Нарушение слуха	53 (76,8)	52 (65,8)	28 (57,1)	8 (66,7)
44	Нарушение сна	15 (21,7)	17 (21,5)	11 (22,4)	1 (8,3)
18	Регулярный прием снотворных препаратов	6 (8,7)	7 (8,9)	5 (10,2)	0 (0,0)

\*n– количество пациентов, имевших соответствующий уровень активности/зависимости

Анализ результатов, представленных в таблице 9, свидетельствует о связи проявления перечисленных факторов с уровнем зависимости пациентов: более высокий уровень зависимости соответствует более высоким показателям нарушений. Среди пациентов с полной и выраженной зависимостью 84,5% имели недержание, а среди пациентов, характеризовавшихся легкой и частичной зависимостью – 40,1%. Установленный нами статистически значимый показатель (отношение шансов) активности/зависимости в повседневной деятельности (ADL 0-60), был ассоциирован с наличием недержания: ОШ (95%ДИ) = 8,2 (4,2-16,2). К числу факторов, сопутствующих снижению функционального статуса относятся сенсорные нарушения, такие как дефицит зрения и слуха. Среди пациентов с полной и выраженной зависимостью по шкале Бартел нарушения зрения имели 86,5% участников исследования, а пациентов с нарушениями слуха в этой группе было 70,9%. Пациенты с низким функциональным статусом чаще регулярно принимали снотворные препараты из-за нарушений сна, при этом среди

участников исследования с полной и выраженной зависимостью по шкале Бартел 21,6% имели нарушения сна, а принимавших снотворные препараты было 8,8%.

По результатам данного исследования функциональный статус гериатрических пациентов не зависел от пола, возраста, количества медицинских диагнозов и регулярно принимаемых препаратов, но был ассоциирован с рядом других синдромов: недостаточностью питания, когнитивными нарушениями, рисками падений и развития пролежней.

Распределение стационарных пациентов по уровню основных синдромов в зависимости от их функционального статуса (активности в повседневных действиях), представлено в таблице 10.

Таблица 10 — Распределение стационарных пациентов с нарушениями состояния по уровню их активности/зависимости от посторонней помощи (%)

Уровни выявленных нарушений в баллах	Распределение пациентов с нарушениями по уровню их активности/зависимости от посторонней помощи (ADL), n*(%)			
	полная зависимость 0-20	выраженная зависимость 21-60	частичная зависимость 61-90	независимость 91-100
Когнитивный статус по шкале КШОПС	n=65	n=78	n=49	n=12
тяжелая деменция (0–10)	60,0	34,6	20,4	0,0
умеренная деменция (11–19)	24,6	29,5	42,9	16,7
легкая деменция (20–23)	6,2	15,4	20,4	25,0
преддементные нарушения (24–27)	7,7	9,0	10,2	33,3
нет нарушений (28 – 30)	1,5	11,5	6,1	25,0
тяжелая и умеренная КШОПС 0-19, (%)	73,4		63,3	16,7
Показатель состояния питания по шкале MNA	n=33	n=65	n=40	n=12
мальнутриция (< 17)	42,4	4,6	2,5	0,0
риск мальнутриции (17-23,5)	57,6	76,9	52,5	25,0
норм. нутрит. статус (24-30)	0,0	18,5	45,0	75,0
мальнутриция и риск мальнутриции MNA < 23,5, (%)	87,7		55,0	25,0
Риск падений по шкале Морса	n=69	n=78	n=49	n=12
высокий риск (>45)	55,1	65,4	42,9	8,3
умеренный риск (25-45)	26,1	19,2	42,9	25,0
низкий риск – (0-20)	18,8	15,4	14,2	66,7
высокий и умеренный риск падений ≥ 45, (%)	83,0		85,8	33,3

## Продолжение таблицы 10

Уровни выявленных нарушений в баллах	Распределение пациентов с нарушениями по уровню их активности/зависимости от посторонней помощи (ADL), n*(%)			
	полная зависимость 0-20	выраженная зависимость 21-60	частичная зависимость 61-90	независимость 91-100
Риск развития пролежней по шкале Нортон	n=69	n=79	n=49	n=12
высокий риск ( $\leq 12$ )	73,9	19,0	4,1	0,0
умеренный риск (13-14)	24,6	32,9	2,0	0,0
нет риска ( $>14$ )	1,5	48	93,9	100,0
высокий и умеренный риск пролежней $\leq 14$ , (%)	73,6		6,1	0,0

\*n – количество пациентов, имевших соответствующий уровень зависимости

Среди стационарных пациентов с полной и выраженной зависимостью было 73,4% пациентов с тяжелыми и умеренными когнитивными нарушениями, среди пациентов с частичной зависимостью их было 63,3%, а среди независимых – 16,7%. Нами было установлено существование статистически значимой связи между наличием когнитивных нарушений, от умеренных до тяжелых (КШОПС 0-19) и снижением функционального статуса до выраженной и полной зависимости (ADL 0-60): [(КШОПС 0-19) – (ADL 0-60)]: ОШ (95% ДИ) = 2,4 (1,3-4,6).

Среди стационарных пациентов с полной и выраженной зависимостью 87,7% пациентов имели мальнутрицию и риск мальнутриции. Среди пациентов, имевших частичную зависимость, риск мальнутриции и мальнутриция были установлены у 55%, а среди независимых – у 25% соответственно. Мальнутриция и риск мальнутриции были статистически значимо связаны с низким функциональным статусом, установленным по шкале Бартел [(MNA 0-23,5) – (ADL 0-60)]: ОШ (95%ДИ) = 7,7 (3,4-17,4).

Среди участников исследования, имевших полную и выраженную зависимость по шкале Бартел, пациентов с высоким и умеренным риском падений, установленным по шкале Морса, было 83,0% среди пациентов с частичной зависимостью их было 85,8%, а среди независимых пациентов высокий и умеренный риск падений имели только 33,3%. Была также установлена статистически значимая ассоциация между зависимостью по шкале Бартел и

риском падений:  $[(\text{Риск падений} \geq 25) - (\text{ADL } 0-90)]: \text{ОШ (95\%ДИ)} = 11,1 (3,1 - 39,1)$ .

В соответствии с данными исследования, среди пациентов с полной и выраженной зависимостью 73,6% имели высокий и умеренный риск развития пролежней (по шкале Нортон), среди пациентов с частичной зависимостью этот показатель составил 6,1%, а все независимые пациенты (100%) характеризовались отсутствием риска развития пролежней. Риск развития пролежней был также статистически значимо связан с зависимостью от посторонней помощи:  $[(\text{Риск пролежней} \leq 14) - (\text{ADL } 0-60)]: \text{ОШ (95\%ДИ)} = 33,0 (12,3-88,3)$ .

Распределение пациентов пансионатов в соответствии с уровнем их активности/зависимости от посторонней помощи при выполнении повседневных действий представлено на рисунке 10.

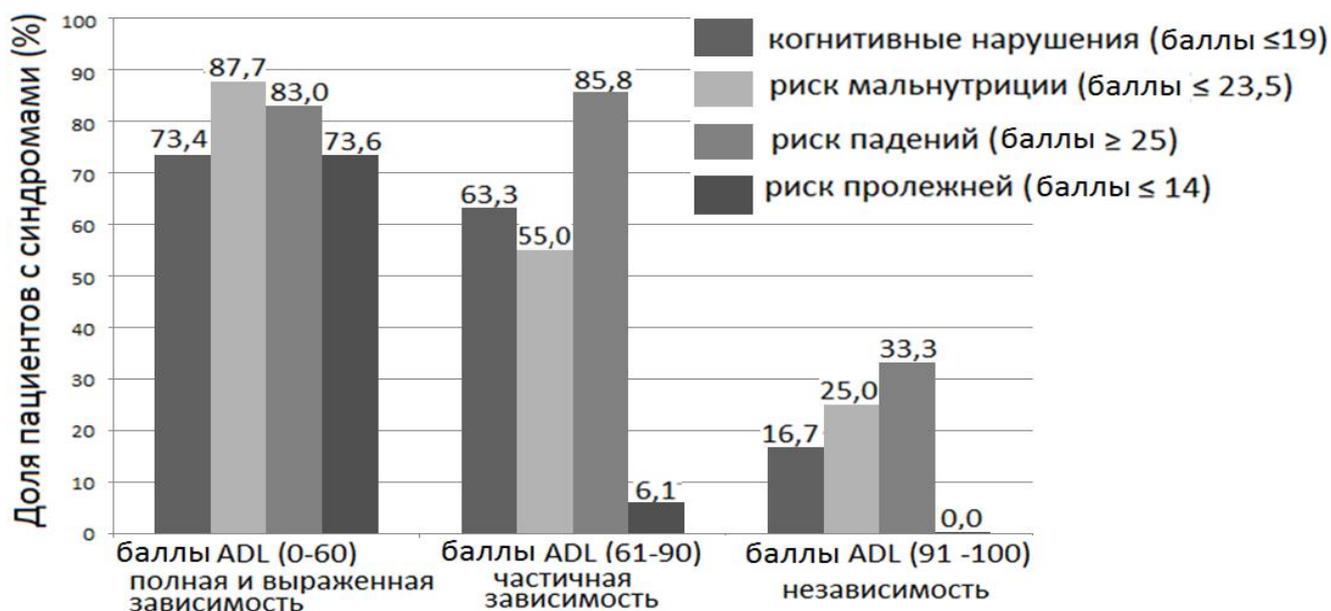


Рисунок 10 — Распределение пациентов пансионатов с синдромами, в соответствии с уровнем их зависимости от посторонней помощи в повседневных действиях (%)

Средние показатели гериатрических синдромов свидетельствовали о том, что эти синдромы в наибольшей степени проявлялись у пациентов, имевших высокий уровень зависимости от посторонней помощи при выполнении повседневных действий (Таблица 11).

Таблица 11 — Средние показатели гериатрических синдромов по уровню активности/зависимости пациентов пансионатов от посторонней помощи (Ср±СО)

Средние показатели синдромов, характеризующих состояние пациентов, Ср±СО, p<0,05	Распределение средних показателей синдромов по уровню активности/зависимости пациентов от посторонней помощи (ADL)			
	полная зависимость 0-20	выраженная зависимость 21-60	частичная зависимость 61-90	независимость 91-100
Возраст	n=69* 81,6±8,0	n=79 82,5±9,6	n=49 79,9±10,7	n=12 83,7±8,7
Количество медицинских диагнозов	n=69 5,8±1,9	n=79 6,2±2,0	n=49 6,3±2,2	n=12 6,4±1,9
Количество принимаемых препаратов	n=69 6,0±2,9	n=79 6,2±2,4	n=49 6,3±2,3	n=12 5,5±2,6
Риск развития пролежней по шкале Нортон в баллах	n=69 11,3±1,6	n=79 14,2±1,8	n=49 16,7±1,6	n=12 18,4±1,5
Риск падений по шкале Морса в баллах	n=69 50,1±23,8	n=78 55,2±26,8	n=49 48,1±25,0	n=12 23,7±18,2
Уровень когнитивных нарушений в баллах от 0 до 30 по шкале КШОПС	n=65 8,8±5,1	n=78 14,7±9,1	n=49 16,3±8,3	n=12 24,3±4,3
Средний показатель состояния питания по шкале MNA в баллах от 0 до 30	n=33 17,6±3,4	n=65 21,7±2,6	n=40 23,1±2,7	n=12 25,1±2,4

\*n – количество пациентов, имевших соответствующий уровень зависимости

В нашем исследовании не были выявлены связи функционального статуса пациентов с их медицинскими диагнозами и количеством принимаемых препаратов. Однако удалось показать, что важнейшие гериатрические синдромы и риски ухудшения состояния пациентов связаны со степенью независимости пациентов в повседневной жизни. Поэтому важными для медсестер гериатрических учреждений являются умения проводить оценку функционального статуса с целью выявления степени независимости пациента, понимать причины функциональных нарушений и осуществлять необходимые для пациентов действия в пределах сестринской компетенции.

Основное внимание медсестер при осуществлении ухода, безусловно, следует обращать на важнейшие показатели физической безопасности пациентов – пролежни и падения.

Уменьшение риска падений (Таблица 12) было связано с увеличением средних показателей повседневной активности (ADL) и когнитивных нарушений

(КШОПС), что свидетельствует о том, что рискам падений в большей степени подвержены пациенты с низким функциональным и когнитивным статусом.

Таблица 12 — Взаимосвязь показателей функциональных и когнитивных нарушений с риском падений, установленным по шкале Морса, у пациентов пансионатов (Ср±СО)

Показатели нарушений	Уровень риска падений			p
	высокий риск (>45)	умеренный риск (25-45)	нет риска (0-20)	
Средний показатель когнитивных нарушений в баллах от 0 до 30 по шкале КШОПС	12,6±7,3	14,7±8,1	15,0±7,8	p<0,05
Средний показатель активности в повседневной деятельности в баллах от 0 до 100 по шкале Бартел	36,4±20,2	47,5±28,6	50,4±30,3	p<0,05
Общее количество пациентов, имевших падения в течение года наблюдений (n=34)	26 (76,5)	6 (17,6)	2 (5,9)	p<0,05

Увеличение риска развития пролежней (Таблица 13) соответствовало увеличению риска мальнутриции (соответствующий показатель уменьшался), а также увеличивалась доля пациентов с недержанием – она была в 2,5 раза выше среди участников исследования с высоким и умеренным риском развития пролежней, чем среди пациентов без риска развития пролежней.

Таблица 13 — Взаимосвязь показателей функциональных и когнитивных нарушений с риском развития пролежней, установленным по шкале Нортон, у пациентов пансионатов (Ср±СО)

Показатели нарушений	Уровень риска развития пролежней			p
	высокий риск (≤12)	умеренный риск (13-14)	нет риска (>14)	
Средний показатель когнитивных нарушений в баллах от 0 до 30 по шкале КШОПС	9,1±5,8	13,2±7,1	17,4±8,5	p<0,05
Средний показатель активности в повседневной деятельности в баллах от 0 до 100 по шкале Бартел	13,7±7,9	35,1±16,7	68,9±20,5	p<0,05
Средний показатель мальнутриции по шкале MNA	18,3±3,9	21,3±2,4	23,1±2,9	p<0,05
Наличие недержания (мочи/кала)	67 (44,7)	40 (26,7)	43 (28,6)	

Исследование показало, что риск развития пролежней был статистически значимо выше при риске мальнутриции: [(Риск пролежней ≤14) – (MNA 0-23,5)]: ОШ (95%ДИ) = 6,2 (2,7 – 14,3) и при наличии недержания: [(Риск пролежней ≤14)

–Недержание]: ОШ (95%ДИ) = 8,0 (4,0–16,0). Следует отметить, что увеличение риска развития пролежней, установленное по шкале Нортон, было также ассоциировано с увеличением зависимости от посторонней помощи и со снижением когнитивных функций: показатели по шкале Бартел и КШОПС уменьшались с возрастанием риска развития пролежней. Была обнаружена связь недержания с когнитивными нарушениями: наличие недержания было установлено у 100% пациентов пансионатов с тяжелыми когнитивными нарушениями.

Аналогичные связи нарушений состояния были выявлены у амбулаторных пациентов. Синдромы, характеризовавшие состояние пациентов, наблюдавшихся в рамках гериатрического патронажа, представлены в таблице 14.

Таблица 14 — Распределение амбулаторных пациентов с нарушениями состояния по уровню их активности/зависимости от посторонней помощи (%)

Уровни выявленных нарушений в баллах	Распределение пациентов с нарушениями по уровню их активности/зависимости от посторонней помощи (ADL), (%) n= 210			
	полная зависимость 0-20 n=19*	выраженная зависимость 21-60 n =58	частичная зависимость 61-90 n=97	независи- мость 91-100 n=36
Когнитивный статус по шкале КШОПС				
тяжелая деменция (0–10)	68,4	15,5	9,3	0,0
умеренная деменция (11–19)	10,5	31,0	20,6	11,1
легкая степень деменции (20–23)	15,8	13,8	16,5	8,3
преддементные нарушения (24–27)	5,3	20,7	32,0	41,7
нет нарушений (28–30)	0,0	19,0	21,6	38,9
тяжелая и умеренная КШОПС 0-19, (%)	54,5		29,9	11,1
Показатель состояния питания по шкале MNA				
мальнутриция (< 17)	89,5	50,0	53,6	50,0
риск мальнутриции (17-23,5)	10,5	43,1	30,9	22,2
нормальный нутритивный статус (24-30)	0,0	6,9	15,5	27,8
мальнутриция и риск мальнутриции MNA < 23,5 (%)	94,8		84,5	72,2

## Продолжение таблицы 14

Уровни выявленных нарушений в баллах	Распределение пациентов с нарушениями по уровню их активности/зависимости от посторонней помощи (ADL), (%) n= 210			
	полная зависимость 0-20 n=19*	выраженная зависимость 21-60 n =58	частичная зависимость 61-90 n=97	независи- мость 91-100 n=36
Риск падений по шкале Морса				
высокий риск (>45)	57,9	77,6	74,3	30,5
умеренный риск (25-45)	42,1	22,4	21,6	27,8
низкий риск (0-20)	0,0	0,0	4,1	41,7
высокий и умеренный риск падений $\geq 45$ (%)	100		95,9	58,3
Риск развития пролежней по шкале Нортон				
высокий риск ( $\leq 12$ )	94,7	43,1	13,4	2,8
умеренный риск (13-14)	5,3	31,0	21,7	5,5
нет риска (>14)	0,0	25,9	64,9	91,7
высокий и умеренный риск развития пролежней $\leq 14$ (%)	80,5		35,1	8,3

\*n – количество пациентов, имевших соответствующий уровень зависимости

Тяжелыми и умеренными когнитивными нарушениями (КШОПС 0-19) характеризовались 54,5% пациентов, имевших полную и выраженную зависимость, и 29,9% частично зависимых. В то же время среди независимых пациентов только 11,1% имели тяжелые и умеренные когнитивные нарушения. Исследование выявило наличие статистически значимой связи между наличием тяжелых и умеренных когнитивных нарушений (КШОПС 0-19) и снижением функционального статуса до выраженной и полной зависимости и (ADL 0-60) : ОШ (95%ДИ) = 3,6 (2,0-6,6).

Мальнутриция и риск мальнутриции были выявлены у 94,8% пациентов, имевших полную и выраженную зависимость, у 84,5% пациентов с частичной зависимостью, и у 72,2% независимых пациентов. Была установлена статистически значимая связь функциональных нарушений с показателем мальнутриции и риска мальнутриции (MNA): [(ADL 0-60) – (MNA0-23,5)]: ОШ (95%ДИ) = 4,2 (1,4-12,6).

Высокий и умеренный риск падений имели 100% пациентов с выраженной и полной зависимостью, 95,9% пациентов с частичной зависимостью и 58,3% независимых пациентов. Уровень зависимости от посторонней помощи был статистически значимо связан с риском падений по шкале Морса: [(ADL 0-90) – (Риск падений  $\geq 25$ ): ОШ (95%ДИ) = 27,0 (8,2-89,5).

Высокий и умеренный риск развития пролежней имели 80,5% пациентов с полной и выраженной зависимостью, 35,1% пациентов с частичной зависимостью, а среди независимых таких пациентов было 8,3%. Риск развития пролежней, установленный по шкале Нортон, был также статистически значимо ассоциирован с уровнем функциональных нарушений: [(ADL 0-60) – (Риск пролежней  $\leq 14$ ): ОШ (95%ДИ) = 11,7 (5,8 – 23,3).

Распределение амбулаторных пациентов в соответствии с уровнем их активности/зависимости от посторонней помощи при выполнении повседневных действий представлено на рисунке 11.

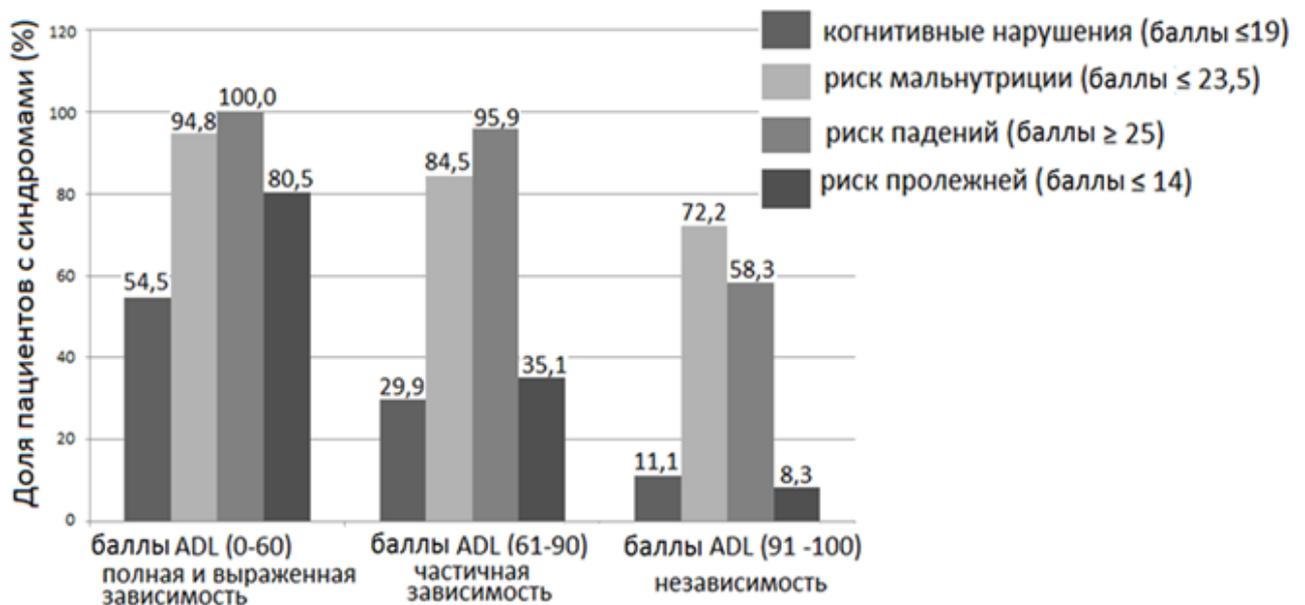


Рисунок 11 — Распределение амбулаторных пациентов с синдромами, в соответствии с уровнем их активности в повседневных действиях (%)

В таблице 15 показаны средние показатели основных гериатрических синдромов амбулаторных пациентов для пациентов с разным функциональным

статусом. Средние показатели риска мальнутриции ( $12,8 \pm 2,9$ ) и когнитивных нарушений по шкале КШОПС ( $6,8 \pm 4,0$ ) были наименьшими, т.е. свидетельствующими о высоком риске мальнутриции и тяжелой деменции в группе полностью зависимых пациентов.

Таблица 15 — Распределение средних показателей возраста и гериатрических синдромов по уровню активности /зависимости пациентов поликлиники от посторонней помощи

Средние показатели возраста и синдромов, характеризующих состояние пациентов, $\text{Ср} \pm \text{СО}$ , $p < 0,05$	Распределение средних показателей возраста и синдромов по уровню зависимости пациентов от посторонней помощи (ADL) $n = 210$			
	полная зависимость 0-20 $n=19$	выраженная зависимость 21-60 $n=58$	частичная зависимость 61-90 $n=97$	независимость 91-100 $n=36$
Возраст	$75,9 \pm 15,4$	$77,7 \pm 10,1$	$78,9 \pm 10,4$	$79,7 \pm 8,2$
Риск развития пролежней по шкале Нортон в баллах	$7,7 \pm 2,7$	$12,9 \pm 2,2$	$15,3 \pm 2,7$	$16,8 \pm 2,4$
Риск падений по шкале Морса в баллах	$48,4 \pm 14,3$	$63,4 \pm 18,0$	$58,8 \pm 22,0$	$30,8 \pm 21,6$
Уровень когнитивных нарушений в баллах от 0 до 30 по шкале КШОПС	$6,8 \pm 4,0$	$19,2 \pm 8,4$	$21,9 \pm 7,5$	$26,0 \pm 3,8$
Средний показатель состояния питания по шкале MNA в баллах от 0 до 30	$12,8 \pm 2,9$	$16,8 \pm 4,9$	$17,4 \pm 5,5$	$20,5 \pm 6,0$

Увеличение показателей функционального статуса приводило к снижению степени выраженности риска мальнутриции и когнитивных нарушений. Аналогично, риски развития пролежней и риски падений были наименьшими в группе независимых пациентов и снижались в группе пациентов с высоким функциональным статусом. В группе независимых пациентов эти риски составили соответственно ( $16,8 \pm 2,4$ ) и ( $30,8 \pm 21,6$ ).

Средние значения показателей основных гериатрических синдромов в зависимости от уровня риска развития пролежней представлены в таблице 16. Риск развития пролежней не зависел от возраста пациентов, но был статистически значимо связан с риском мальнутриции: [(Риск пролежней  $\leq 14$ ) – (MNA0-23,5)]: ОШ (95%ДИ) = 3,4 (1,4 – 8,3). С увеличением риска мальнутриции по шкале MNA (что соответствует уменьшению показателя) риск развития пролежней увеличивался. Риск развития пролежней был ассоциирован со снижением

когнитивных функций: средний балл по шкале КШОПС у амбулаторных пациентов, не имевших риска развития пролежней, составил  $22,5 \pm 6,8$ , в то время как пациенты с высоким риском имели средний балл по шкале КШОПС  $15,2 \pm 10,9$ , свидетельствующий о деменции умеренной степени.

Таблица 16 — Взаимосвязь показателей функциональных и когнитивных нарушений с риском развития пролежней, установленным по шкале Нортон, у амбулаторных пациентов ( $\text{Cp} \pm \text{CO}$ )

Показатели нарушений	Уровень риска развития пролежней, установленный по шкале Нортон			p
	высокий риск ( $\leq 12$ )	умеренный риск (13-14)	нет риска ( $> 14$ )	
Средний показатель когнитивных нарушений в баллах от 0 до 30 по шкале КШОПС (n=210),	$15,2 \pm 9,9$	$22,2 \pm 7,8$	$22,5 \pm 6,8$	$p < 0,05$
Средний показатель активности в повседневной деятельности (ADL) в баллах от 0 до 100 по шкале Бартел (n=210)	$39,2 \pm 22,4$	$65,1 \pm 20,0$	$79,5 \pm 16,2$	$p < 0,05$
Средний показатель недоедания (мальнутриции) по шкале MNA (n=210)	$15,4 \pm 5,9$	$17,5 \pm 4,5$	$17,9 \pm 5,3$	$p < 0,05$

Более значимое влияние на риск развития пролежней оказывала степень зависимости пациента от посторонней помощи при выполнении повседневных действий. Менее зависимые пациенты, имевшие более высокий средний балл по шкале Бартел  $79,5 \pm 16,2$ , не имели риска развития пролежней, в то время как более зависимые пациенты (с меньшим баллом по шкале Бартел –  $39,2 \pm 22,4$ ) характеризовались высоким риском развития пролежней.

Средние значения показателей основных гериатрических синдромов в зависимости от уровня риска падений представлены в таблице 17. Средний балл по шкале Бартел был выше и составил  $94,7 \pm 5,4$  у пациентов, не имевших риска падений, в то время как у пациентов с высоким риском он составил  $63,1 \pm 24,3$ . Риск падений уменьшался у пациентов с увеличением показателя когнитивных нарушений по шкале КШОПС, т.е. чем более сохранен когнитивный статус имели пациенты, тем меньше был у них риск падений.

В целом, установленная среди амбулаторных пациентов статистически достоверная взаимосвязь таких гериатрических синдромов как уровень функциональных и когнитивных нарушений, недостаточное питание (мальнутриция), а также характеристик, влияющих на безопасность таких, как риск развития пролежней (Таблица 16) и риск падений (Таблица 17), позволяет сделать вывод о необходимости регулярного мониторинга состояния маломобильных пациентов в рамках сестринского гериатрического патронажа с использованием стандартизованных шкал с целью профилактики и сдерживания развития возможных нарушений.

Таблица 17 — Взаимосвязь показателей функциональных и когнитивных нарушений с риском падений, установленным по шкале Морса, у амбулаторных пациентов

Показатели нарушений	Уровень риска падений, установленный по шкале Морса			p
	высокий риск (>45)	умеренный риск (25-45)	нет риска (0-20)	
Средний показатель когнитивных нарушений в баллах от 0 до 30 по шкале КШОПС (n=210), Ср±СО	19,6±9,0	21,6±9,1	24,0±6,5	p<0,05
Средний показатель активности в повседневной деятельности (ADL) в баллах от 0 до 100 по шкале Бартел (n=210), Ср±СО	63,1±24,3	62,1±31,7	94,7±5,4	p<0,05

Проведенные исследования в группах стационарных и амбулаторных пациентов показали, что в дополнение к оценке состояния здоровья, обследование пожилых людей должно включать скрининг сопутствующих нарушений. Когнитивные нарушения, расстройства настроения, боль, плохое питание, побочные реакции на лекарства и сенсорные нарушения являются изменяемыми факторами, которые могут ухудшать состояние пожилых пациентов. При этом в пожилом возрасте определение того, какое именно состояние спровоцировало функциональный спад, может быть не так существенно, как понимание взаимосвязей между различными состояниями и определение методов для их

профилактики и устранения [133], что особенно важно для деятельности медсестер.

Было установлено, что с целью профилактики ухудшений, медсестрам следует периодически контролировать функциональный статус пациентов, а сестринские вмешательства направлять на сохранение пациентами самостоятельности в самообслуживании и на побуждение их к физической активности. Предметом особой заботы медсестер должны быть независимые и частично зависимые пациенты, поскольку в условиях учреждения долговременного ухода происходит достаточно быстрое ухудшение функционального статуса: по данным зарубежных авторов [134], доля пациентов, сохраняющих функциональный статус в течение года в условиях учреждения, составляет 65,1%.

В этом исследовании в обеих группах пациентов была установлена статистически значимая связь когнитивных нарушений с функциональным спадом. В связи с этим, когнитивные нарушения, в первую очередь, могут расцениваться как предикторы функционального снижения. Как отмечено J.Jerez-Roig с соавторами [133], серьезные когнитивные нарушения являются самым сильным фактором риска для функционального снижения. Когнитивные нарушения могут быть связаны не только с прогрессированием деменции или нейродегенеративного заболевания, но и с недостатками сестринского ухода: нарушением питьевого режима, мальнутрицией, отсутствием социализации, приемом слишком больших доз нейролептиков, длительной принудительной иммобилизацией. Так, по данным зарубежных наблюдений [116], ежегодный риск снижения когнитивного статуса у пациентов, имеющих нарушения, составляет 15%.

Выявление нарушений питания пациентов на любом этапе гериатрического ухода является крайне важным действием медсестры, т.к. снижение функционального статуса и ухудшение когнитивных функций может быть также обусловлено недостаточностью питания. Риск недоедания может повышаться при плохом состоянии полости рта и проблемах с зубами, поэтому выявление и

коррекция нарушений в полости рта пациентов отнесены автором к числу необходимых сестринских действий. По данным зарубежных исследований на аппетит может также влиять состояние депрессии и когнитивных функций [149]. Существует очевидная связь мальнутриции с когнитивным дефицитом: с одной стороны, плохое питание отрицательно влияет на работу мозга, с другой – наличие серьезных когнитивных нарушений препятствует пониманию необходимости полноценного питания и получению удовлетворения от пищи. В ряде исследований (например, [167]) было установлено, что снижение когнитивных функций и деменция являются статистически значимыми факторами риска недоедания. В данной работе также была обнаружена связь мальнутриции и когнитивных нарушений, поэтому следует регламентировать действия медсестер, направленные на контроль питания и кормление ослабленных пациентов, позволяющие не допустить перехода рисков мальнутриции в выраженную недостаточность питания.

В нашем исследовании было установлено, что 71,5% пациентов с нарушениями зрения и 75,5% с нарушениями слуха имели полную и выраженную зависимость в повседневной деятельности. Наличие связи между сенсорными дефицитами и снижением функционального статуса подтверждается и другими исследователями [146, 165]. Своевременное выявление сенсорных дефицитов и направление к специалисту для коррекции, а также обучение использованию слуховых аппаратов также входят в объем сестринской гериатрической помощи.

По результатам оценки болевого синдрома было установлено, что среди пациентов с умеренными болями 83,3% имели полную и выраженную зависимость от помощи в повседневной деятельности. Известно, что боль влияет не только на физические функции пожилых людей, но и на их психологический статус, значительно снижая качество жизни [139, 171], поэтому оценка уровня боли должна быть одной из важных функций медсестры гериатрического профиля.

Среди обследованных нами пациентов с полной и выраженной зависимостью 84,5% имели недержание. Взаимосвязь недержания и способности

к независимому существованию отмечена и в других исследованиях [133]. Это явилось основанием для вывода о том, что в процессе ухода умение медицинской сестры оценить появление, усугубление или прогрессирование инконтиненции, позволит предвидеть риски развития пролежней и нарушений целостности кожи.

В ситуации снижения функционального статуса или утраты возможности самостоятельно себя обслуживать, поддержание оптимального качества жизни пожилых пациентов связано с обеспечением их физической безопасности. Угрозами безопасности пациентов являются такие нежелательные, однако, нередкие среди пожилых людей явления, как пролежни и падения. Важным этапом деятельности медсестер гериатрического профиля являются усилия по профилактике этих явлений.

В целом, основываясь на результатах проведенного исследования, можно утверждать, что пожилые пациенты с функциональными и когнитивными нарушениями являются наиболее уязвимыми с точки зрения способности к независимому существованию в повседневной жизни и требуют наибольших усилий по обеспечению необходимого сестринского ухода.

## **ГЛАВА 4. ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ОСОБЕННОСТИ И КАЧЕСТВО ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР ПРИ ОКАЗАНИИ ДОЛГОВРЕМЕННОЙ ГЕРИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ**

### **4.1 Организационно-нормативное обоснование деятельности медицинской сестры в условиях долговременного ухода**

В данном исследовании показано, что при оказании пациентам пожилого возраста долговременной помощи необходимо проведение сестринских скрининговых обследований, медико-социологической экспресс-диагностики и мониторинга клинико-функциональных состояний с использованием стандартизованных шкал.

Для своевременного и рационального обеспечения пациентов пожилого возраста медицинской и социальной гериатрической помощью необходимо устанавливать группы пациентов социального и медицинского риска. Эти группы могут определяться условиями жизнеобеспечения и социального благополучия, уровнем доступности социальных и медицинских услуг, наличием и выраженностью хронических заболеваний и возраст-ассоциированных гериатрических синдромов, проблемами физической и психологической адаптации, степенью зависимости от посторонней помощи и др.

Распределение пожилых граждан по группам социального и медицинского риска позволяет устанавливать как потребность пациентов, так и возможность медицинских и социальных организаций в оказании качественной пациент-ориентированной медицинской и социальной гериатрической помощи, оптимизировать маршрутизацию пациентов, разрабатывать критерии приема пациентов в организации долговременного ухода. Для предоставления гериатрической помощи в России предусмотрен общий алгоритм (Рисунок 12).

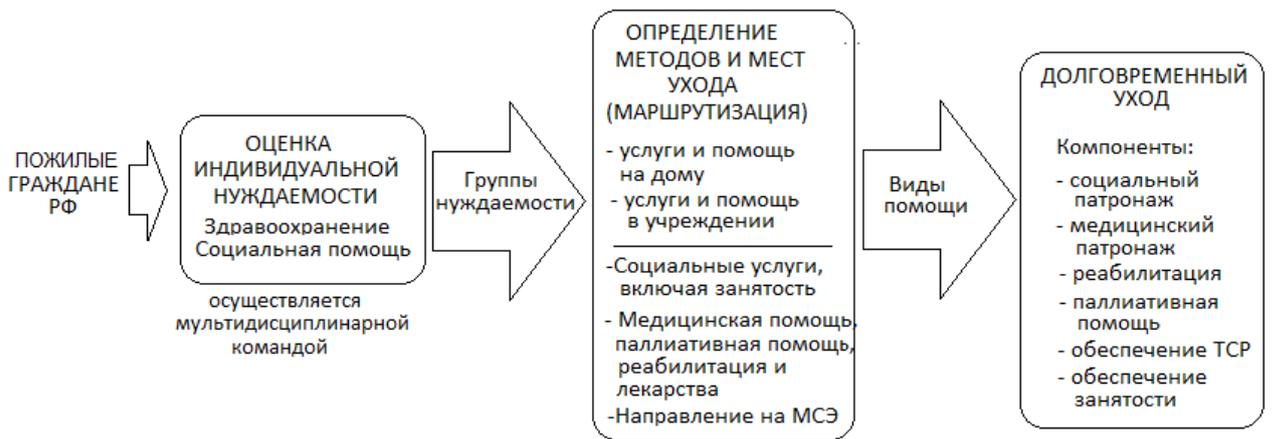


Рисунок 12 — Функционирование системы долговременного ухода в России.

При выявлении потребности в комплексной гериатрической медицинской и социальной помощи учитывается степень приоритетности пациентов, нуждающихся в специализированной медицинской помощи, требующей взаимодействия и координации с различными специалистами и ведомствами; возможности дополнительного финансирования; качественной интеграции медицинской и социальной помощи; наличия должного организационно-нормативного обеспечения и др. Оптимизация системы документооборота, качественная регистрация и статистический анализ выявленных закономерностей позволяют установить приоритетные проблемы и основные направления по совершенствованию медицинской и социальной помощи пациентам старшего возраста.

В рамках исследования организации помощи пациентам старшего возраста нами рассматривались приоритетные направления деятельности гериатрических медико-социальных отделений поликлиник типичных городских районов Санкт-Петербурга и Москвы. Было проведено исследование оценки нуждаемости пожилых пациентов поликлиники в получении долговременного ухода, изучалась система оказания гериатрической помощи, исследовались внутренние документы поликлиник, регламентирующие деятельность медсестер.

Организационно-функциональная структура районного гериатрического медико-социального отделения поликлиники № 78 Санкт-Петербурга включает ряд подразделений и группу специалистов мультидисциплинарного коллектива, участвующих в оказании гериатрической помощи (Рисунок 13).



Рисунок 13 — Организационно-функциональная структура районного гериатрического медико-социального отделения при городской поликлинике Санкт-Петербурга

Среди пациентов поликлиники проводился скрининг их астенических нарушений (т.е. синдрома, включающего снижение силы, выносливости и физиологического функционирования) по скрининговому опроснику «Возраст не помеха» [60]. Возрастно-половая структура гериатрических пациентов, получавших амбулаторную помощь с патронажем на дому представлена в таблице 18.

Таблица 18 — Возрастно-половая структура жителей пожилого и старческого возраста, прикрепленных к городской поликлинике Санкт-Петербурга (%)

Возрастные группы жителей (число лет)	мужчины		женщины		всего	
	Количество (чел)	%	Количество (чел)	%	Количество (чел)	%
60-69	653	44,6	810	55,4	1463	100,0
70-79	487	42,3	65	57,7	1152	100,0
80 и старше	157	32,6	324	67,4	481	100,0
Итого	1297	41,9	1799	58,1	3096	100,0

Полученные данные свидетельствуют о преобладании среди пациентов женщин (58,1%), особенно в возрастных группах 70-79 лет (57,7%), а также 80 лет и старше (67,4%) при  $p < 0,001$ . Среди пациентов старших возрастных групп, получавших гериатрическую помощь на амбулаторном этапе, выявлена их потребность в долговременном уходе в условиях стационара. Потребность в направлении в гериатрический стационар для комплексного гериатрического обследования определена для пациентов старшего возраста, имевших существенные функциональные нарушения (4,7 случаев на 100 обследуемых). В процессе исследования установлено, что из общего числа обследованных пациентов только у 43,8% не выявлено значительных признаков старческой астении (0-2 балла), причем среди мужчин их было 44,8%, а среди женщин – 43,0%. Распространенность признаков предрасположенности к астении (3 балла) составила 37,9% (38,4% – у мужчин и 37,5% – у женщин).

Частота направлений пациентов на консультацию в медико-социальное отделение поликлиники составила 88,0 случаев на 100 обследованных, при этом в возрастной группе старше 80 лет в течение года такие консультации и обследования проводились неоднократно (Рисунок 14).

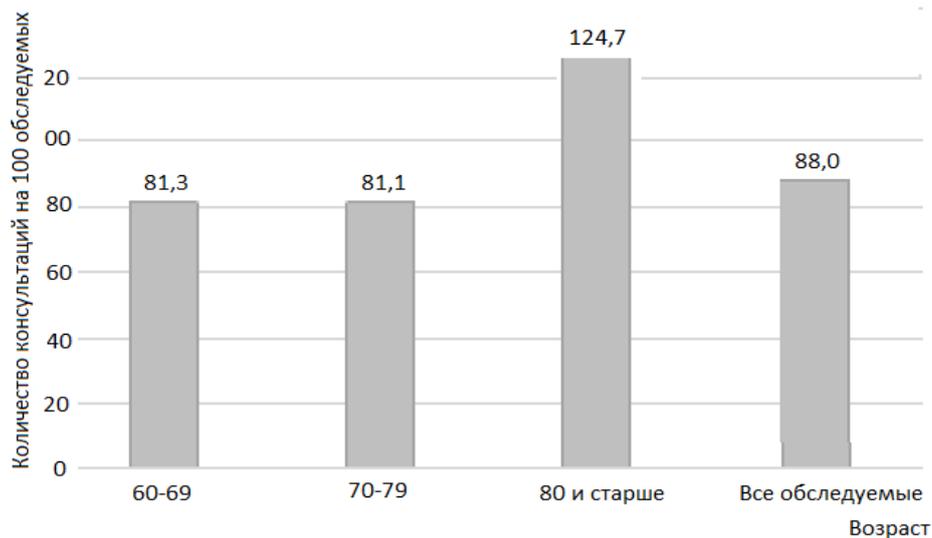


Рисунок 14 — Потребность пациентов пожилого и старческого возраста в консультации специалистов медико-социального отделения поликлиники (на 100 обследуемых)

Установленные показатели определяют потребность прикрепленных к поликлинике пожилых пациентов в различных видах гериатрической помощи, включая медицинскую и социальную помощь медицинских сестер.

В амбулаторных учреждениях организация гериатрического патронажа (ГП) осуществляется в соответствии с указаниями Министерства здравоохранения Российской Федерации [62]. Первоочередная задача при организации ГП – отбор наиболее нуждающихся в таком виде помощи групп населения. В связи с тем, что на государственные амбулаторные учреждения возлагается при этом большая нагрузка, согласно постановлению Правительства РФ [64], в 2020-2024 годах в виде эксперимента возможность оказывать медико-социальные услуги пожилым людям за счет бюджетных средств предоставлена также частным медицинским организациям.

Анализ внутренних документов гериатрического социально-медицинского отделения Поликлиники 114 Приморского района Санкт-Петербурга показал, что отделение обслуживает 21000 пациентов старше 60 лет. В рамках гериатрического патронажа в гериатрическом медико-социальном отделении (ГСМО) обслуживаются 300 пациентов, отнесенных к группе маломобильных (не имеющих возможности самостоятельного посещения поликлиники). Отбор пациентов в группу патронажа производится на основании личного заявления и результата оценки функционального статуса заявителя. В составе медперсонала ГСМО поликлиники, с 2017 года входящего в структуру государственной гериатрической службы Санкт-Петербурга, работают 10 медицинских сестер (из них – 3 патронажные медсестры), психолог, социальный работник, 2 врача-гериатра. Для оказания преемственной помощи пациентам, перенесшим инсульт, в отделении создана мультидисциплинарная бригада (МДБ), деятельность которой регламентирована Положением, утвержденным главным врачом поликлиники. МДБ включает медсестер, социальных работников, специалистов ЛФК, психиатра, психолога, логопеда, эрготерапевта и вспомогательный персонал (водитель, медицинский статистик). Врачи-специалисты участвуют в работе МДБ на договорной основе. Специалисты МДБ (чаще всего – медицинские сестры)

направляются к пациентам на дом сразу после их выписки из стационара. В рамках патронажа через социального работника осуществляется взаимодействие с органами социальной защиты с целью оказания пожилым людям услуг социального характера. Однако специально разработанных документов для оценки качества медицинской помощи в отделении нет, также не разработаны операционные процедуры для выполнения сестринских мероприятий гериатрического ухода.

По результатам анализа внутренних документов отделения медицинской помощи взрослому населению на дому Поликлиники №121 ДЗ Москвы было установлено следующее: отделение было организовано в одном из 8 филиалов поликлиники в 2018 году. Отделение обслуживает 1138 пожилых граждан. Медперсонал включает 17 врачей и 14 медсестер. Медсестры имеют общее среднее профессиональное образование по специальности «Сестринское дело».

Отделение работает по трем направлениям: выезды дежурного врача на дом по вызову; сестринское патронажное наблюдение маломобильных пациентов; оказание паллиативной помощи на дому. Деятельность патронажной службы отделения регламентирована Положением о патронажной службе, утвержденным приказом главного врача поликлиники.

Критерии отнесения пациента к патронажной группе основаны на индивидуальной оценке возможностей выполнения пациентом элементарной деятельности и оценке возможностей сложных действий (на основе шкалы Лоутон и шкалы Бартел). Балльная оценка (от 0 до 70 баллов) проводится по 5 критериям: способность к самообслуживанию; способность к самостоятельному передвижению; способность к ориентации в пространстве (наличие дезориентации); способность контролировать свое состояние здоровья, нуждаемость в помощи других лиц; способность к общению. На основе данных критериев формируется «Лист индивидуальной оценки» для включения в реестр патронажной группы пациентов. Пациент рекомендуется к включению в реестр патронажной службы в случае, если его оценка составляет не более 55 баллов. Решение о включении пациента в реестр патронажной службы принимает

врачебная комиссия. Кроме «Листа индивидуальной оценки», реестр содержит «Информацию о пациенте» (паспортные данные, адрес, данные о представителе), «Данные о заболеваниях и лечении» и «План наблюдения».

Медсестры оказывают доврачебную медицинскую помощь пациентам и обеспечивают: передачу сведений в уполномоченный орган социальной защиты населения в случаях выявления граждан, нуждающихся в социальном обслуживании в стационарной форме; информирование территориальных центров социального обслуживания о фактах ненадлежащего оказания социальных услуг.

По результатам проведенного в исследовании анализа было подтверждено, что отбор в группу гериатрического патронажа проводится на основе главного критерия – риска утраты независимого существования в повседневной жизни и социального статуса человека. Решение о предоставлении гериатрического патронажа принимается мультидисциплинарной командой специалистов по результатам скрининга функциональных возможностей и обследования социального положения пожилого человека. Осуществление патронажа, его форма, содержание, продолжительность и частота посещений может меняться в зависимости от состояния пациента.

Сестринские действия на дому (гериатрический патронаж) могут предусматривать: регулярный патронаж пациентов, страдающих хроническими заболеваниями и/или утративших независимость в повседневных действиях, не нуждающихся в постоянном врачебном контроле, но нуждающихся в уходе и наблюдении; интенсивный патронаж/стационар на дому пациентов, выписанных из стационара больницы, нуждающихся во врачебном контроле и в сестринском уходе для успешной реабилитации, например, после хирургических операций, инфаркта или инсульта; паллиативный уход за пациентами в терминальном состоянии и умирающими.

Медицинские сестры, работающие в учреждениях долговременного ухода (пансионатов Московской области, психо-неврологических интернатов и дома-интерната Ленинградской области), несут основную медицинскую и социальную ответственность за обеспечение надлежащих условий жизнедеятельности и

безопасности гериатрических пациентов. В структуре гериатрических учреждений длительного пребывания предусмотрены различные виды специфической деятельности медицинских сестер, оказывающих гериатрическую помощь пациентам, первичное доврачебное обследование, проведение сестринского ухода и мониторинг состояния пациентов. Нагрузку по обеспечению мероприятий по уходу за пожилыми пациентами несут палатные медицинские сестры и младший медперсонал (Рисунок 15).

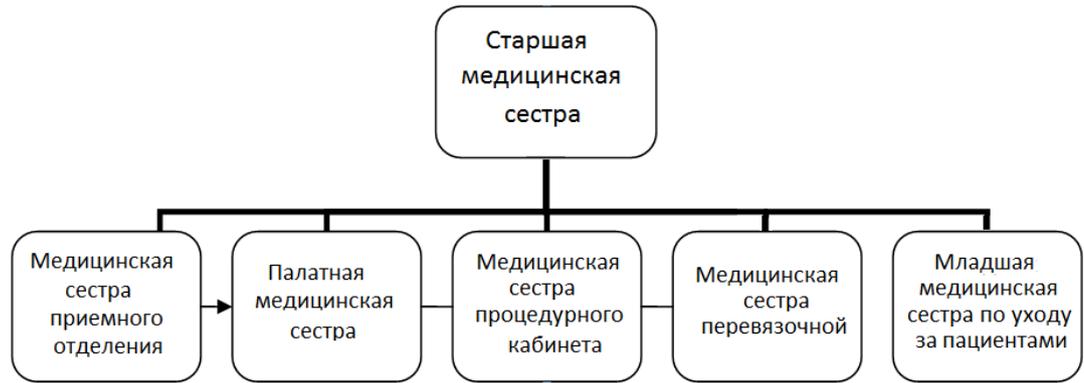


Рисунок 15— Организационно-функциональная структура среднего медицинского персонала в гериатрических организациях длительного пребывания

Изучение внутренних документов социальных гериатрических учреждений показало, что регламенты сестринской работы, содержащие четко сформулированный круг задач, которые должны решаться медсестрами, во всех привлеченных к данному исследованию учреждениях отсутствовали. Специально разработанных и утвержденных документов для оценки качества медицинской помощи в социальных учреждениях длительного пребывания нет, не разработаны операционные процедуры для выполнения мероприятий гериатрического ухода, не ведется необходимая документация, предназначенная для сбора и анализа статистических данных, которая может использоваться для оценки качества деятельности медицинских сестер и установления степени их ответственности за состояние пожилых пациентов. Качество деятельности социальных учреждений длительного пребывания оценивается по уровню удовлетворенности их получателей социальными услугами, которое проводится

не чаще одного раза в три года. Качество сестринской медицинской помощи при этом не оценивается.

Маршрутизация пациентов в рамках гериатрического отбора включает их направление в амбулаторные или стационарные учреждения для получения долговременной помощи. Возможные изменения состояния пожилых пациентов являются основанием для их перевода из одного учреждения в другое, обеспечивая преемственность помощи, оказываемой в разных медицинских учреждениях. Важно и то, что в рамках долговременного ухода гериатрические пациенты стационарных и амбулаторных учреждений остро нуждаются в получении услуг социального характера (Рисунок 16).



Рисунок 16 — Организационно-функциональная деятельность по обеспечению долговременного ухода

В процессе данного медико-организационного исследования установлено, что структура организации гериатрической службы не в полной мере учитывает социальный аспект оказания помощи гражданам пожилого и старческого возраста. Оказание медицинской гериатрической помощи осуществляют учреждения здравоохранения, а основную нагрузку по оказанию медико-социальной помощи берет на себя система социальной защиты населения. Координация действий между учреждениями здравоохранения и социальной

защиты и детализация их взаимосвязей [75] предполагает предоставление пожилым людям комплексной, ориентированной на их разнообразные потребности помощи – с обязательным сбором медицинскими сестрами и использованием в работе социального анамнеза пациентов.

Проведенные исследования подтверждают, что медицинским сестрам при оказании гериатрической помощи в условиях как стационарного, так и амбулаторного долговременного ухода необходимо вести постоянный мониторинг (например, каждые полгода) состояния пожилых пациентов и выявлять измеримые показатели, характеризующие воздействие сестринского ухода на физическое здоровье, функциональные и морфологические изменения в состоянии пациентов, определять степень риска формирования возраст-ассоциированных синдромов и динамику выраженности полиморбидной хронической патологии.

В процессе проведенного организационного исследования среди приоритетных задач медицинской сестры, осуществляющей уход за гериатрическими пациентами, отмечены: сбор сестринского анамнеза пациента; выявление проблем, которые может решить медсестра, планирование и осуществление сестринских вмешательств. В такой технологии сестринского процесса может быть наиболее полно отражена организация деятельности медицинской сестры гериатрического профиля (Рисунок 17).

Необходимость выполнения действий по оценке состояния пациентов в рамках сестринского обследования существенно расширяет существующий в настоящее время круг обязанностей медсестер гериатрического профиля. Сестринский процесс при гериатрическом уходе предусматривает работу в мультидисциплинарной команде [37, 131], которая, помимо медсестер, включает врачей, социальных работников, диетологов, психологов и других специалистов.

Как член мультидисциплинарного коллектива медсестра находится с ними на постоянной связи, советуясь и принимая активное участие в планировании и осуществлении наиболее оптимальных вмешательств.

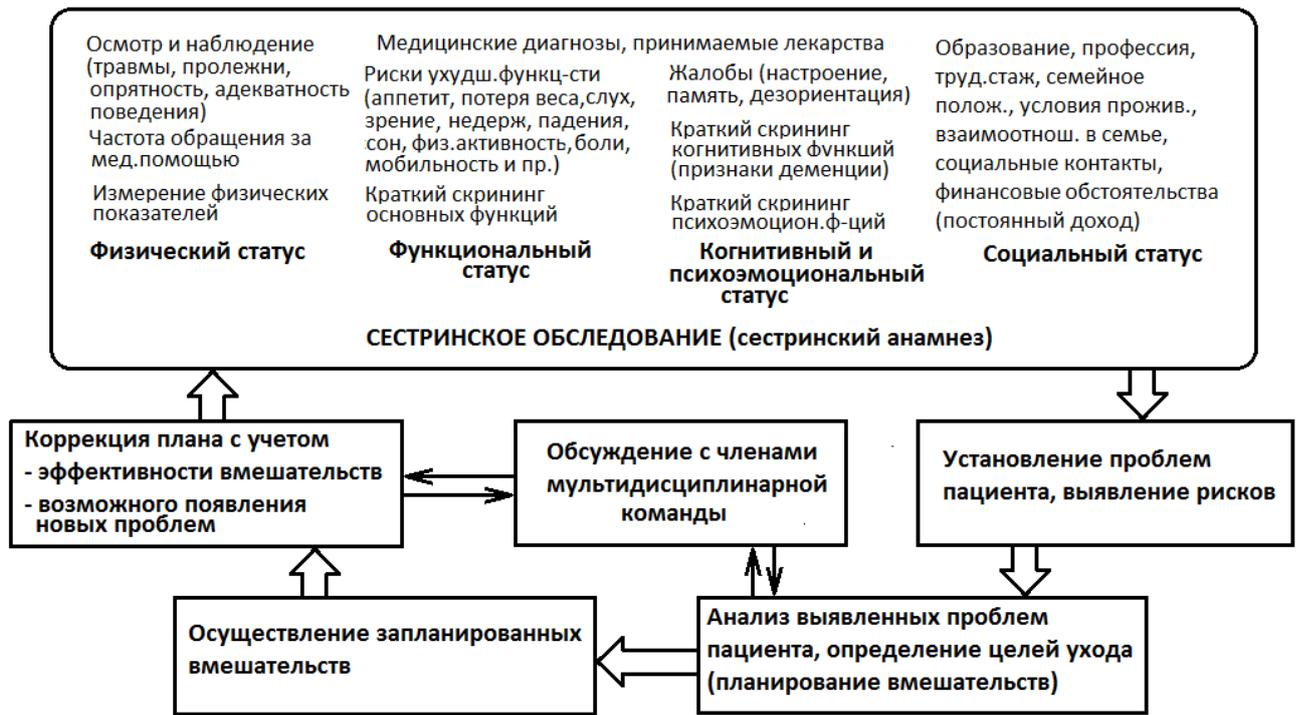


Рисунок 17 — Схема и алгоритм сестринского процесса при долговременном уходе за гериатрическими пациентами

Многофункциональная деятельность медсестры, как самостоятельного специалиста гериатрического профиля, может быть основой для оценки показателей качества сестринских действий.

#### 4.2. Методика оценки качества сестринской работы при оказании долговременной помощи гериатрическим пациентам

В ходе анализа организации деятельности медсестер гериатрических учреждений было установлено, что в настоящее время эта деятельность сводится к наблюдению за состоянием здоровья пожилых пациентов (измерение температуры тела, артериального давления, контроль приема лекарственных препаратов) и проведению доступных оздоровительных мероприятий (зарядка, лечебная физкультура, массаж и др.). Однако нами показано, что для поддержания оптимального качества жизни пожилые люди нуждаются в удовлетворении более широкого круга медико-социальных потребностей.

По нашему мнению, медицинские сестры амбулаторных гериатрических учреждений могут не только принимать участие в регулярной комплексной оценке состояния пациентов и их посещении на дому в рамках патронажа, но и осуществлять контроль и содействие пациентам в получении всех назначенных реабилитационных мероприятий, включая проведение необходимых консультаций. Основная работа медсестер по оказанию стационарной гериатрической помощи включает обследование и планирование ухода при приеме в учреждение, наблюдение за состоянием пациента (регулярный мониторинг состояния), выполнение врачебных назначений, связь с семьей пациента, координацию действий членов мультидисциплинарной команды и организацию помощи пациентам со стороны врачей-специалистов. Целью многофункциональной деятельности медсестер в системе гериатрической помощи является предоставление пациентам качественной помощи, то есть эффективных и действенных услуг, которые приводят к оптимальным для них результатам.

В соответствии с современными представлениями, качество медицинской помощи характеризуется его структурой (профессиональными качествами медицинских специалистов, обеспеченностью медицинским оборудованием, укомплектованностью персоналом, и т.п.), процессами (технологиями действий при осуществлении профессиональной деятельности) и достигнутыми результатами [26, 42, 140]. В соответствии с этим представлением, анализ качества оказания медико-социальной помощи может осуществляться на всех уровнях: от системы в целом до каждого члена персонала. Стандартизация перечисленных характеристик качества позволяет установить уровень, достижение которого обеспечивает высокое качество и эффективность функционирования любого медико-социального учреждения или отдельного специалиста, в том числе, медсестер гериатрического профиля.

Кроме профессиональной подготовки медсестер к работе в области оказания гериатрической помощи, к характеристикам, определяющим структурное качество их деятельности, могут относиться действия администрации учреждения по управлению работой сестринского персонала

(укомплектованность сестринским персоналом, условия работы, рабочая нагрузка, обеспеченность необходимыми медикаментами и расходными материалами, возможность работать в составе мультидисциплинарного коллектива).

Показатели качества процесса сестринского ухода должны выявлять четкую взаимосвязь между состоянием пациента и правильностью сестринских действий. В общем случае к показателям технологического качества сестринской деятельности относится исполнение: независимых действий по сестринскому обследованию, выявлению проблем пациента, необходимым сестринским вмешательствам в соответствии с установленными процедурами и алгоритмами, оценке эффективности вмешательств и последующему наблюдению пациента, зависимых действий по выполнению вмешательств, назначенных врачом, взаимозависимых действий, связанные с выполнением обязанностей и ролей, которые медсестра разделяет с другими членами МДК, в том числе – с осуществлением мероприятий, способствующих обеспечению непрерывности, координации и интеграции оказания медико-социальной помощи. Кроме того, важным показателем качества процесса в сестринской деятельности является правильное и своевременное ведение сестринской документации.

В процессе осуществлении ухода медицинской сестре необходимо не только понимать круг своих обязанностей, перечисление которых, как правило, предполагает должностная инструкция, но также – четко представлять последовательность конкретных действий, уровень взаимодействия со всеми релевантными специалистами и степень своей ответственности за состояние пожилого пациента. Порядок выполнения медсестрами необходимых действий может регламентироваться стандартными операционными процедурами (СОП). Стандартная операционная процедура предназначена для стандартизации повторяющихся действий сестринского гериатрического ухода, описания условий для их успешной реализации и достижения запланированного результата. Следует отметить, что Законодательство РФ не содержит обязанностей в части разработки СОП для большинства медицинских процессов, однако целесообразность их

наличия в медицинских организациях подчеркивается в указаниях Минздрава России [70].

Показателями, определяющими качество всей сестринской деятельности, являются показатели качества результатов ее работы. Усилия медсестер должны быть направлены на достижение оптимального качества жизни пациентов, что составляет суть пациент-ориентированного ухода. Показатели качества результатов оценивают качество сестринской деятельности с точки зрения ее целей, которыми могут являться улучшение/сохранение функционального состояния, активности, способности самостоятельно выполнять повседневные действия и/или избежание неблагоприятных событий, влияющих на безопасность пациента (например, падений, развития пролежней, инфекций, госпитализаций и т.п.). Характеристикой качества результатов сестринской деятельности, ориентированной на пациента, является также степень удовлетворенности пациентов оказываемой медсестрами помощью.

С целью исследования характеристик качества деятельности медицинских сестер необходимо проанализировать все составляющие их организационно-профессиональной деятельности (рисунок 18).

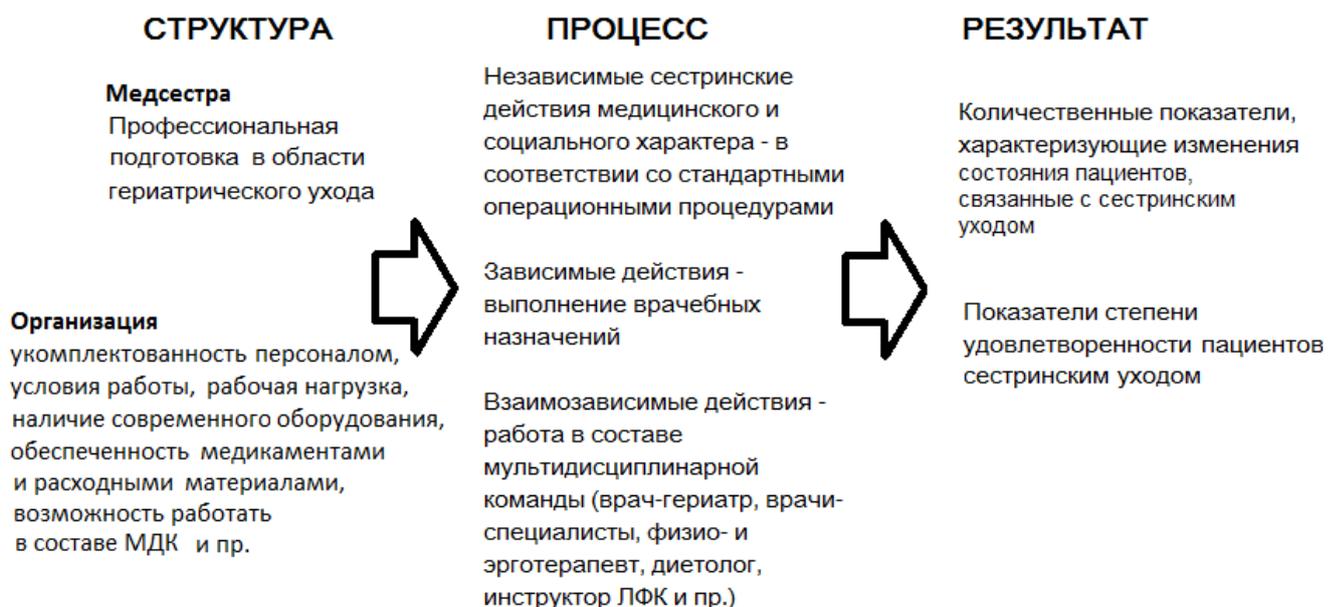


Рисунок 18 - Комплексная модель управления качеством сестринского гериатрического ухода

Основываясь на результатах данного исследования и руководствуясь указаниями Минздрава России, в работе предложена «Методика проведения внутреннего контроля качества сестринской деятельности в гериатрических учреждениях» (Приложение Е). Показатели качества сестринской деятельности рассмотрены в контексте современного представления о качестве медицинской помощи, то есть на основе триады «структура-процесс-результат».

Методика содержит предложенные в этом исследовании приоритетные критерии структурного и технологического качества, а также – критерии качества результатов сестринской работы в гериатрическом уходе.

При проведении внутреннего контроля качества работы медсестер к показателям качества структуры отнесены условия, определяющие возможности медсестер и гериатрического учреждения (стационарного или амбулаторного) по предоставлению пациентам квалифицированной сестринской помощи (Таблица 19).

Таблица 19. Методика оценки качества структуры сестринской деятельности

Показатели качества структуры	Порядок оценки показателей
Характеристика сестринского персонала	Уровень квалификации и опыт медсестер в системе оказания гериатрической помощи.
Система непрерывного обучения и развития сестринского персонала	Наличие системы непрерывного профессионального образования (участие медсестер в циклах повышения квалификации и переподготовки)
Управление сестринским персоналом	Соответствие укомплектованности сестринского персонала рекомендованным штатным нормативам. Условия труда медсестер, эргономичность рабочих мест. Регулярная оценка мнения сестринского персонала по различным вопросам работы. Обеспечение участия сестринского персонала в работе мультидисциплинарного коллектива.
Организация безопасной среды для пациентов и персонала	Наличие программы вакцинации сестринского персонала против инфекций связанных с оказанием медицинской помощи (ИСМП), организация безопасности и санитарного состояния в помещениях.
Организация экстренной медицинской помощи пациентам	Обеспечение медсестрам возможности оказания экстренной медицинской помощи пациентам в случаях острых и неотложных состояний (связь с бригадами скорой и неотложной помощи и медицины катастроф 24/7/365, возможность трансфера пациентов для госпитализации в стационар).

Изучение внутренних документов и процессов сестринского ухода за гериатрическими пациентами в привлеченных к исследованию учреждениях показало, что внутренние нормативные документы, регламентирующие деятельность сестринского персонала, в указанных учреждениях отсутствуют. Сестринская документация, которая позволяла бы осуществлять сбор статистических данных, характеризующих качество и безопасность сестринского ухода, не ведется. Наличие подобных документов и главное – следование им в работе позволяют оценивать качество процессов сестринской деятельности. В разработанной методике к показателям качества процесса отнесены действия сестринского персонала по оказанию помощи, определяющие соответствие оказываемой помощи конкретной клинической ситуации, соблюдение стандартных операционных процедур (СОП) и алгоритмов сестринских действий (Таблица 20).

Таблица 20. Методика оценки качества процессов сестринской деятельности

Показатели качества процессов	Порядок оценки показателей
Проведение первичного сестринского обследования	Наличие и исполнение медсестрами алгоритма (СОП) первичного сестринского обследования пациента на амбулаторном приеме, при патронаже на дому, при приеме в медико-социальное учреждение долговременного пребывания
Наблюдение за состоянием пациента (здоровье, гигиена, активность, коммуникация)	Наличие и исполнение медсестрами алгоритма (СОП) регулярного сестринского наблюдения пациентов (результаты скрининга физических показателей, функционального и когнитивного статуса, мониторинга выявленных проблем (падения, недержание, гигиена, питание и пр.), выполнение врачебных назначений.
Оказание экстренной медицинской помощи в острых состояниях пациентов	Наличие и исполнение медсестрами алгоритма (СОП) оказания помощи при острых состояниях (сестринская экстренная помощь, внешние консультации, дополнительные исследования, порядок обращения в службы неотложной и скорой помощи).
Обеспечение клинической, инфекционной и физической безопасности пациентов	Наличие и исполнение алгоритма (СОП) по обеспечению клинической безопасности пациентов (проведение лекарственной терапии и сестринских вмешательств), инфекционной безопасности (антисептика для защиты пациентов от инфекций) и физической безопасности (защита от травмирования, профилактика падений и пролежней, нарушений питания, недержания, болей)
Обеспечение информационной безопасности	Хранение персональной информации в условиях ограниченного доступа.
Соблюдение прав пациентов	Соблюдение медсестрами прав пациентов (разъяснения пациентам целей обследований и вмешательств, соблюдение личного пространства и достоинства пациента при проведении вмешательств)

*Продолжение таблицы 20*

Показатели качества процессов	Порядок оценки показателей
Осуществление связи с семьей пациента	Поддержание медсестрами постоянной связи с семьей пациента и регулярное информирование членов семьи о состоянии пациента.
Обеспечение преемственности сестринской помощи	Наличие и исполнение медсестрами алгоритма (СОП) передачи клинической ответственности за пациента (точность и полнота записей в сестринской документации при передаче клинической ответственности за пациента)
Организация паллиативного сестринского ухода.	Наличие и исполнение медсестрами алгоритма ухода за терминальными пациентами
Организация обращения с телом умершего пациента.	Наличие и исполнение медсестрами алгоритма обращения с телом умершего пациента.
Ведение сестринской документации	Наличие и заполнение необходимых форм сестринской документации (первичное сестринское обследование (анамнез, результаты осмотра, проблем функциональности, социального и психоэмоционального статуса), планы и результаты вмешательств, результаты регулярного мониторинга физического, функционального и психоэмоционального статуса, оценку боли, сведения об инцидентах, врачебные назначения и информация об исполнении).

Необходимость выполнения действий, перечисленных в таблице, должна быть описана внутренними нормативными документами гериатрического учреждения, например, стандартными операционными процедурами для медсестер. Наличие в учреждении и следование в работе внутренним нормативным документам, регулирующим обязательное исполнение медсестрами всех необходимых для гериатрического ухода действий в соответствующем порядке и во взаимосвязи с другими специалистами мультидисциплинарного коллектива, обеспечивает технологическое качество сестринской работы.

Комплексная оценка показателей структуры и процессов дает информацию о качестве деятельности сестринского персонала. Для объективной оценки показателей предлагается использовать несколько источников информации, дополняющих друг друга: опрос или тестирование сестринского персонала для проверки их знаний и умений; устный или письменный опрос пациентов, членов их семей или сопровождающих лиц, прямое наблюдение за процессами оказания сестринской помощи. Могут также использоваться сведения из документации (нормативная – приказы, инструкции, СОП/алгоритмы сестринских действий,

медицинская – сестринская документация, содержащая сведения о состоянии пациентов, истории болезни, амбулаторные карты, учетно-отчетные статистические формы и т.д.)

Таблицы 19 и 20 (разделы) предлагаемой методики основаны на рекомендациях [67, 68] с конкретизацией показателей, относящихся к деятельности гериатрических медсестер. Показатели качества оцениваются при помощи ответов: «да» (наличие, соответствие, исполнение и т.д.) или «нет» (отсутствие, несоответствие, неисполнение, неправильное исполнение, неполное и т.д.). Каждый показатель оценивается отдельно, затем может проводиться подсчет по каждому пункту и разделу в целом: Оценка = количество ответов «да»/общее количество показателей по разделу.

В соответствии с рекомендациями [67, 68], предлагается следующая градация оценок по каждому из разделов:

- Выше 80% – система обеспечения качества работы сестринского персонала эффективна, требует контроля и минимальных улучшений.
- 75% - 80% – система в целом эффективна, требуются корректировки по отдельным разделам работы.
- 75% и ниже – система неэффективна, выявлены значительные нарушения, требуются существенные изменения.

В предлагаемой методике к показателям качества результатов отнесены изменения в состоянии пациента, возникающие в результате оказания сестринской помощи (Таблица 21).

Таблица 21. Методика оценки качества результатов сестринского ухода

Показатели	Количество пациентов, проявивших нарушения за период наблюдения ( $\geq 6$ месяцев), %
Неадекватное питание	Пациенты, имеющие непреднамеренную потерю веса более 5 кг
	Пациенты, проявившие мальнутрицию, потребовавшую применения принудительного кормления
Отсутствие контроля лекарственных препаратов	Пациенты, принимающие лекарства без врачебного контроля полгода и более
Падения	Пациенты, получившие травмы в связи с падениями
Любые травмы	Пациенты, получившие травмы в связи с обморожениями, ожогами и пр.

## Продолжение таблицы 21

Показатели	Количество пациентов, проявивших нарушения за период наблюдения ( $\geq 6$ месяцев), %
Любые травмы	Пациенты, получившие травмы неясного происхождения из-за жестокого обращения окружающих
Неадекватный контроль пролежней	Пациенты, имеющие пролежни и не улучшившие их состояния или получившие новые пролежни
Неадекватный контроль боли	Пациенты, испытывающие хроническую боль и не получавшие соответствующей помощи и регулярной оценки боли
Неадекватный контроль физиологических отправлений	Пациенты, испытывающие недержание мочи/кала и не улучшившие (или ухудшившие) состояние
	Пациенты, имеющие постоянный мочевыводящий катетер
Нарушения в повседневной активности	Пациенты, испытывающие затруднения в выполнении повседневных действий, не проявившие улучшений (или проявившие ухудшения) или не получающие регулярной оценки функциональности
	Пациенты, испытывающие затруднения при перемещении (в том числе по дому/квартире) и не проявившие улучшений (или проявившие ухудшения)
Когнитивные нарушения	Пациенты, испытывающие снижение когнитивных функций или не получающие регулярной оценки когнитивного статуса
	Пациенты, проявившие при обследовании симптомы функциональной депрессии или не получающие регулярной оценки психоэмоционального статуса

Предложенные показатели качества отражают изменения в состоянии пожилых пациентов, которые направлены на стабилизацию или снижение влияния на качество жизни пациентов основных гериатрических синдромов и возраст-ассоциированных заболеваний. Каждый из перечисленных показателей может оцениваться как отдельно, так и в целом по разделу: Оценка = количество пациентов, проявивших нарушения/общее количество наблюдаемых пациентов. Результаты могут быть представлены как процентные величины.

Превышение показателями установленных допустимых значений свидетельствует о недостаточно высоком качестве результатов. Понятно, что для установления предельно допустимых значений показателей необходимо располагать достаточно полным набором статистических данных, характеризующих изменения состояния пациентов медико-социальных гериатрических учреждений, обусловленные сестринским уходом. Необходимость сбора таких статистических данных с целью их сравнения с данными за предыдущие периоды, а также – с соответствующими данными

других однотипных учреждений и обеспечения, таким образом, возможности проведения внутреннего контроля качества, подчеркивается указаниями Минздрава России [70], одним из важных положений которого является «обеспечение и оценка применения порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи».

Таким образом, рекомендованный в этой работе регулярный мониторинг состояния пациентов позволит медсестрам гериатрических учреждений не только своевременно реагировать на признаки его ухудшения, но и определять показатели достигнутых результатов ухода, отражающие в конечном итоге уровень качества сестринской работы. В настоящее время в российской практике подобный подход к оценке деятельности медсестер не применяется.

## **ГЛАВА 5. ОБОСНОВАНИЕ МЕДИКО-ОРГАНИЗАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ПО ПОВЫШЕНИЮ КАЧЕСТВА И СОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР ПРИ ДОЛГОВРЕМЕННОМ УХОДЕ ЗА ПАЦИЕНТАМИ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА**

### **5.1. Анализ профессиональной подготовки медицинских сестер к оказанию медицинской и социальной помощи гериатрическим пациентам**

Для получения информации о готовности медсестер гериатрического профиля к осуществлению ухода за пожилыми пациентами в рамках исследования оценивались характеристики общих и профессиональных компетенций медицинских сестер, работающих по профилю «гериатрия», с учетом требований современной нормативно-правовой базы. Выборочная проверка знаний медсестер в области общего и гериатрического ухода проводилась среди персонала следующих учреждений: Пансионы для пожилых людей в составе частных гериатрических учреждений ООО Социальная служба Помощник и ООО Сениор Групп Малаховка, Москва; Гериатрическое социально-медицинское отделение ГБУЗ «Городская Поликлиника №114», Санкт-Петербург; Московский многопрофильный Центр паллиативной помощи Департамента здравоохранения Москвы.

Выборка составила 122 человека в возрасте от 22 до 62 лет, из которых 68,9% участников были сотрудниками Центра паллиативной медицинской помощи, 21,3% – сотрудниками пансионатов длительного пребывания для пожилых людей и 9,8% работали в городской поликлинике. Для оценки знаний медсестер использовались тесты множественного выбора в пределах компетенции медсестер, обучающихся по специальности 34.02.01 Сестринское дело, в соответствии с Федеральным образовательным стандартом [98].

Общий сестринский стаж участников исследования составил в среднем 23 года (ИКР: 16–30), стаж работы в гериатрическом отделении – 1,5 года (ИКР: 0,5–2,0). Наибольший стаж работы в гериатрическом отделении выявлен у сотрудников пансионатов долговременного пребывания – 2,5 года (ИКР: 0,75–4,0;  $p < 0,05$ ).

В среднем сотрудники всех учреждений правильно ответили на  $10 \pm 2$  вопроса по гериатрии. Доля правильных ответов сотрудников отделений паллиативной медицинской помощи не зависела от общего сестринского стажа, но слабо положительно коррелировала со стажем работы с пожилыми пациентами ( $r$ -Пирсона = 0,45; 95%ДИ: 0,07–0,72). Доля правильных ответов сотрудников пансионатов долговременного пребывания, напротив, не зависела от стажа работы в гериатрии, и практически не зависела от общего сестринского стажа ( $r$ -Пирсона = 0,05; 95%ДИ: 0,01–0,41). Интересно, что у работников поликлиники доля правильных ответов была тем ниже, чем больше был общий сестринский стаж ( $r$ -Пирсона = 0,69; 95%ДИ: 0,92–0,11), но росла вместе с ростом стажа работы с гериатрическими пациентами ( $r$ -Пирсона = 0,78; 95%ДИ: 0,29–0,94).

Наибольшие трудности у всех участников исследования вызвали 2 вопроса: «Причина снижения интенсивности боли при инфаркте миокарда у лиц пожилого и старческого возраста» и «К какой возрастной категории по классификации ВОЗ относятся люди старше 75 лет?». На эти вопросы не смогли дать правильного ответа 80% респондентов.

Почти 90% участников исследования вне зависимости от места работы смогли дать правильные ответы на вопросы, связанные с природой развития и лечением соматической патологии. Существенная разница ответов в зависимости от места работы и должности респондентов была связана с двумя вопросами. Первый из них – о важности поддержания у пожилых людей умений и навыков самообслуживания. Сотрудники пансионатов и старшие медсестры поликлиник в большинстве случаев отвечали, что поддержание способности к самообслуживанию является одним из приоритетных направлений работы с пожилыми пациентами ( $p < 0,05$ ). Респонденты, работающие в отделениях

паллиативной помощи, и другие сотрудники поликлиники чаще выбирали другие варианты ответа на данный вопрос.

Вторым спорным вопросом оказался вопрос, связанный с принятием решения о планировании тактики ухода за пожилым пациентом. Сотрудники пансионатов и участковые медсестры в большинстве случаев считали, что решение о планировании ухода медсестра должна принимать только совместно с врачом, но не с пациентом. Сотрудники же отделений паллиативной помощи чаще были склонны считать, что медсестра, прежде всего, должна привлекать к этому решению пациента, ориентируясь на его пожелания и предпочтения. Эти разночтения были вызваны спецификой собственной деятельности респондентов, но при этом они проявили недостаточность понимания главных целей сестринского гериатрического ухода [87, 114, 133]: во-первых – стремиться к повышению качества жизни пациентов, которое во многом определяется способностью к самообслуживанию и самостоятельному существованию и во-вторых – вовлекать пациентов в процесс ухода, способствуя их ответственному отношению к своему здоровью.

Результаты проведенного в этой работе исследования свидетельствуют о недостаточно высоком уровне подготовки медсестер в области гериатрического ухода. Принимая во внимание небольшой объем и элементарный характер заданий, 2/3 правильных ответов по гериатрии с трудом можно считать удовлетворительным результатом. Очевидно, что сегодня в практической работе российские медсестры в основном опираются на приобретенный на практике опыт.

Анализ зависимости результатов тестирования от направления деятельности медсестер показывает, что персонал, работающий с пожилым контингентом в отделениях паллиативной помощи, более внимателен к потребностям своих пациентов в силу специфики обстоятельств, а медсестры медико-социальных учреждений длительного пребывания, в основном, сосредоточены на выполнении медицинских манипуляций. Медсестры же, работающие в поликлинике, часто

общаются с пожилыми пациентами на уровне «бумажной работы» (справки, направления и пр.) и со временем утрачивают чисто профессиональные навыки.

Вызвавшие наибольшие трудности вопросы из области гериатрии свидетельствовали об отсутствии полноценной профессиональной подготовки респондентов в области гериатрического и паллиативного ухода: правильные ответы на них может дать специалист, знакомый с физиологическими особенностями организма пожилого человека, с основными гериатрическими синдромами и т.п. Вопросы, вызвавшие разночтения, также свидетельствовали о недостаточном понимании респондентами цели гериатрического пациент-ориентированного ухода – обеспечивать по возможности наилучшее качество жизни пациента.

Результаты опроса подтвердили необходимость разработки профессионального стандарта и программ дополнительного образования медицинских сестер, работающих по профилю «гериатрия», основанных на вопросах гериатрического ухода.

В рамках данного исследования для установления показателей качества деятельности медицинских сестер анализировались составляющие их организационно-профессиональной деятельности в пансионатах учреждения долговременного пребывания.

С целью обеспечения подготовки к работе с пациентами пожилого и старческого возраста в рамках исследования проводилось активное обучение сестринского персонала на основе разработанной нами программы. Медсестры пансионатов долговременного пребывания и других гериатрических учреждений обучались не только специальным компетенциям и повышению профессионализма, но и общемедицинской компетенции – навыкам общения с пожилыми людьми. Медсестры освоили порядок проведения оценки функционального и когнитивного статуса с целью выявления степени независимости пациента, понимание причин функциональных нарушений и ряд самостоятельных сестринских вмешательств. С целью формирования и развития профессиональных навыков при обучении широко использовалась интерактивная

форма проведения занятий (разборы конкретных ситуаций, различного рода тренинги).

Стремление установить отношение медсестер гериатрического профиля к содержанию их деятельности потребовало проведения среди медсестер опроса с целью выяснения понимания ими основных сестринских задач и готовности брать на себя ответственность за состояние пациентов в разных часто встречающихся на практике обстоятельствах.

Предложенный медсестрам в этом исследовании опрос касался основных аспектов ухода за гериатрическими пациентами и имел целью выяснение отношения медсестер к степени их ответственности за состояние подопечных пациентов. В опросе приняли участие медсестры из персонала пансионатов для пожилых людей. Медсестрам предлагалось указать, кто из медперсонала (врач, медсестра или врач и медсестра совместно), должен нести ответственность за выполнение вмешательств при определенных, характерных для пожилых пациентов состояниях, перечисленных в опроснике (Приложение Д, Таблица Д-1). Опросник был адаптирован из материалов зарубежного исследования по выбору значимых для практической работы показателей качества ухода в домах престарелых [125].

При ответах на вопросы в двух случаях (п.п. 4 и 6) респонденты считали, что медсестры вообще не могут воздействовать на состояние пациента: при принятии решения об использовании антипсихотических препаратов без врачебного назначения (88% респондентов отдают приоритет в решении врачам, 12% – готовы действовать совместно с врачом) и в случаях проявления у пациентов делирия (24% респондентов считают, что действовать в этих случаях должен врач, а 76% готовы действовать совместно). В остальных случаях от 4% до 32% респондентов считали состояние пациентов зоной своей ответственности, т.е. полагали, что именно сестринские вмешательства могут способствовать улучшению или поддержанию состояния пациента (Таблица 22).

Таблица 22 — Распределение ответов медицинских сестер на вопросы об ответственности медперсонала за состояние пациентов в часто встречающихся ситуациях гериатрического ухода (%)

Состояния пациентов, требующие коррекции и вмешательств в учреждениях длительного пребывания	Распределение ответов респондентов		
	ответственность медсестер (%)	ответственность врачей (%)	ответственность медсестер и врачей (%)
1. Профилактика и уход за пролежнями	32,0	-	68,0
2. Контроль боли	20,0	-	80,0
3. Использование средств физического сдерживания (привязывание)	12,0	32,0	56,0
4. Использование антипсихотических препаратов без соответствующего диагноза	-	88,0	12,0
5. Установка и контроль функционирования постоянного мочевыводящего катетера	4,0	32,0	64,0
6. Случаи кратковременного или постоянного делирия (спутанности сознания)	24,0	-	76,0
7. Наличие симптомов ухудшения поведенческих расстройств	8,0	24,0	68,0
8. Инфекции мочевыводящих путей	4,0	40,0	56,0
9. Недавнее снижение активности в повседневной деятельности (ADL)	16,0	12,0	72,0
10. Падения	24,0	-	76,0
11. Снижение психоэмоционального статуса (настроение, депрессия)	16,0	-	84,0
12. Необъяснимая потеря веса	32,0	-	68,0

Подавляющее большинство респондентов полагает, что в 100% случаях медсестры должны разделять ответственность за состояние пациентов с врачами (Рисунок 19).



Рисунок 19 — Распределение ответов медицинских сестер на вопросы об ответственности медперсонала за состояние пациентов в часто встречающихся ситуациях гериатрического ухода

Ответы на вопросы проведенного опроса медсестер сравнивались в процессе данного исследования с ответами на те же вопросы группы канадских экспертов [125], состоявших из 16 специалистов, 50% из которых составляли медсестры и 25% – врачи.

Результаты сравнения показывают, что ответственность канадских медсестер оценивается существенно выше, чем российских: так, снижение активности в повседневной жизни пациентов (вопрос № 9) целиком находится в зоне ответственности медсестер – это подтвердили 75% опрошенных канадских экспертов, в то время, как только 16% российских медсестер считают этот пункт зоной своей ответственности, а 12% российских медсестер считают, что за состояние функционального статуса пациентов должны отвечать врачи (Рисунок 20).

Похожий результат показали ответы на вопрос о пролежнях (вопрос № 1): 81% канадских экспертов считали, что пролежни – зона ответственности медсестер и только 1% из них отнесли пролежни к ответственности врачей.

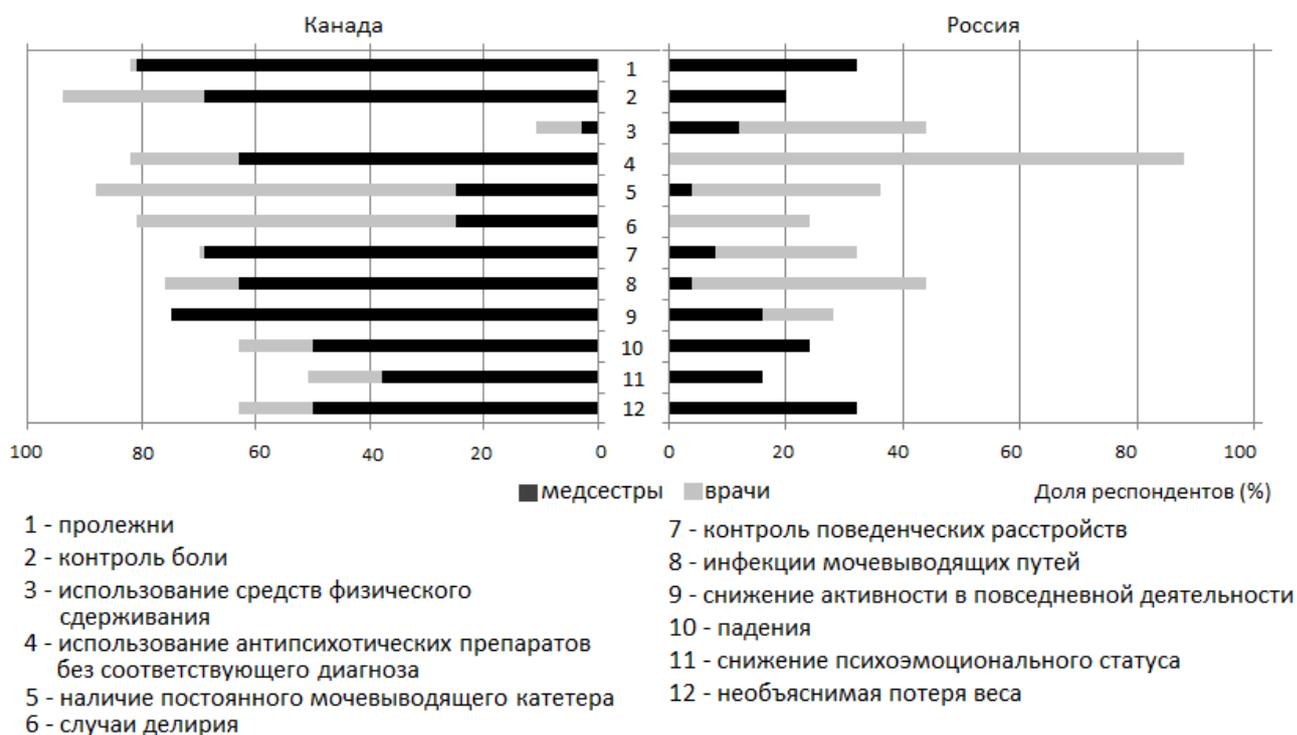


Рисунок 20 — Сравнение ответов российских и канадских специалистов на вопросы об ответственности врачей и медсестер за состояние пациентов в часто встречающихся ситуациях гериатрического ухода

Среди российских специалистов 24% медсестер считали только себя ответственными за профилактику и лечение у пациентов пролежней. Вообще, то обстоятельство, что 5 пунктов (1– пролежни, 2 – усиление боли, 10 – падения, 11– снижение психоэмоционального статуса, 12 – необъяснимая потеря веса) из 12-ти российские медсестры отнесли только к своей ответственности, следует, безусловно, считать позитивным, хотя в среднем так считали всего около 25% опрошенных медсестер. Среди канадских экспертов эти 5 пунктов отнесли к зоне ответственности медсестер в среднем 57,6% респондентов. В целом же, среднее количество специалистов, считавших, что перечисленные 12 пунктов следует отнести к ответственности медсестер, составляла среди канадских экспертов 53,3%, а среди российских медсестер – 16%, т.е. более чем в 3 раза меньше. В то же время 24,8% канадских экспертов и 19% российских медсестер считали эти вопросы зоной ответственности врачей, правда, среди российских медсестер еще 65% респондентов отнесли их к общей ответственности и врачей, и медсестер.

Анализ показал, что российские медсестры пока не готовы брать на себя значительную долю ответственности за выполнение основных встречающихся в практической работе с гериатрическими пациентами действий, необходимых для поддержания оптимального качества жизни пожилых пациентов.

## 5.2. Разработка и использование стандартных операционных процедур деятельности медицинских сестер гериатрического профиля

При изучении организации сестринской работы в учреждениях гериатрического профиля нами было установлено, что внутренние документы, описывающие стандартные требования к работе медсестер, в этих учреждениях не разрабатывались. Отсутствие таких требований не позволяет проводить оценку технологического качества сестринской работы. В исследовании была поставлена задача разработки стандартных операционных процедур для медсестер гериатрического профиля. Нами было определено, что сферой деятельности медицинских сестер гериатрического профиля является регулярное исполнение действий, направленных на поддержание оптимального для пациентов состояния здоровья (Рисунок 21).

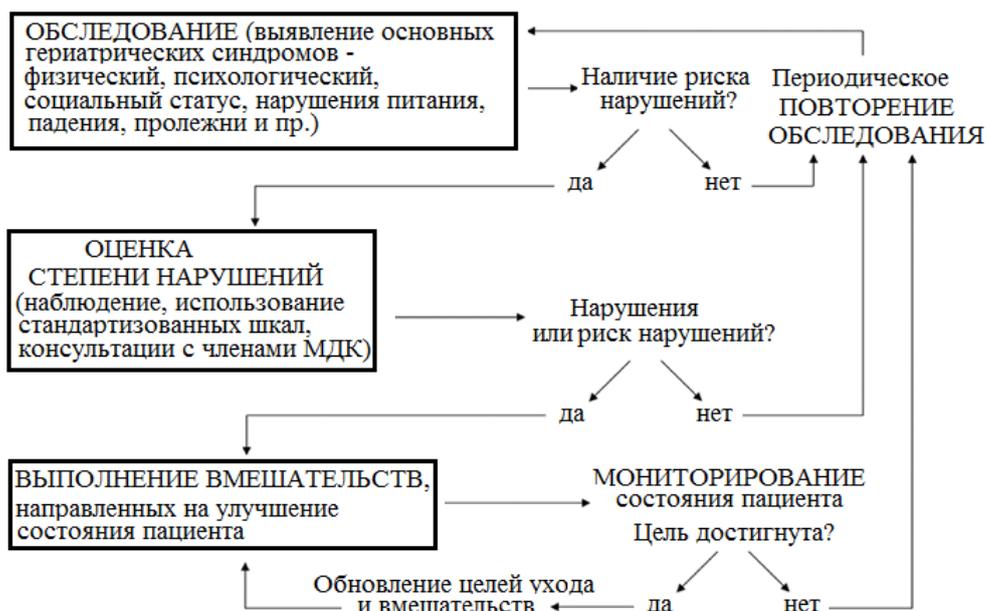


Рисунок 21. Алгоритм действий медсестры при регулярном уходе за гериатрическими пациентами

В этом исследовании нами разработан порядок и последовательность выполнения сестринских действий, указаны алгоритмы исполнения необходимых процедур (Таблица 23).

Таблица 23 – Задачи медсестер гериатрического профиля и соответствующие стандартные операционные процедуры

Задачи медсестер по поддержанию оптимального состояния здоровья пожилых пациентов	Стандартные операционные процедуры, исполнения сестринских задач
Сестринское обследование и выявление проблем пациента	Действия при приеме нового пациента. Порядок проведения сестринского обследования пациента.
Поддержание функционального статуса	Выполнение врачебных назначений и регулярный мониторинг состояния пациентов. Контроль лекарственной терапии пациентов.
Поддержание когнитивного статуса	Контроль психоэмоционального состояния пациентов и поддержание их социальной активности. Поддержание связи с родственниками пациентов.
Контроль статуса питания	Контроль осуществления личной гигиены, питания и физиологических отправления пациентов.
Контроль безопасности пациентов	Поддержание клинической, инфекционной и физической безопасности пациентов. Контроль поддержания надлежащих условий реабилитации пациентов (создание благоприятной и безопасной среды). Контроль лекарственной терапии пациентов.
Обеспечение непрерывности, координации и интеграции оказания медико-социальной помощи	Действия при передаче клинической ответственности за пациента. Действия при уходе за терминальными пациентами (паллиативный уход); Действия в случае смерти пациента.  Ведение сестринской документации.

Алгоритмы и описания сестринских действий являются основой стандартных операционных процедур, как внутренних нормативных документов гериатрических учреждений. Разработанные нами процедуры и алгоритмы сестринских действий были одобрены Минздравом России и Минтруда России и изданы в 2019 г. в виде методических рекомендаций [40] (Приложение А). Разработка этих рекомендаций выполнена нами с учетом требований российских нормативных документов [5, 7, 19, 25, 40, 96]. Указанные рекомендации содержат 26 процедур и 17 алгоритмов сестринских действий по выявлению

гериатрических синдромов при сестринском обследовании, как на амбулаторном этапе, так и в случае нахождения пациента в условиях учреждения длительного пребывания. Разработанное в рамках данной работы «Типовое положение о деятельности мультидисциплинарной команды по длительному гериатрическому уходу» (Приложение Б) служит основой для практической реализации мультидисциплинарного подхода при уходе за гериатрическими пациентами.

С целью регламентации независимых лечебных сестринских действий нами были описаны и использованы в пансионатах длительного пребывания алгоритмы 20-ти сестринских вмешательств («Вмешательства медсестры при наиболее характерных нарушениях состояния гериатрического пациента»). Эти алгоритмы (Приложение В) содержат пошаговые сестринские действия, направленные на нормализацию состояния пациентов при наиболее характерных гериатрических нарушениях в пределах компетенции медсестры: Непереносимость активности; Усталость/слабость/утомленность; Нарушение физической мобильности; Дефицит самоухода; Риск падений; Нарушение питания: недоедание; Нарушения целостности кожи: пролежни; Функциональное недержание мочи; Недержание кала; Запор; Хронический болевой синдром; Нарушение сна; Нарушение памяти; Душевное расстройство; Тревожность; Острая спутанность сознания; Нарушения дыхания; Снижение сердечного выброса; Риск нестабильного уровня глюкозы в крови; Нарушение социального взаимодействия. Каждый из 20-ти алгоритмов включает указания на связанные с описанным состоянием пациента возможные факторы (например, нарушение сердечного ритма или артериального давления в ответ на физическую активность, аритмия или ишемические изменения на электрокардиограмме, наличие дискомфорта или одышки при физической нагрузке) и предлагаемый порядок сестринских действий.

Нами была подготовлена необходимая сестринская документация, включающая формы сестринского обследования, динамического наблюдения, регистрации инцидентов (развития пролежней, падений, травм, приступов и пр.).

Следует подчеркнуть особую важность документирования медсестрами каждого инцидента, который может оказать отрицательное влияние на качество жизни и безопасность гериатрических пациентов. Отметим, что регистрация происшествий, влияющих на физическую безопасность пациентов, и анализ их причин ни в одном из привлеченных к исследованию учреждений не проводилась.

Возможные различия в профессиональном поведении медсестер могут привести к невыполнению ими всех необходимых и перечисленных в предложенных описаниях и алгоритмах действий или к ошибкам их исполнения, поэтому важно, чтобы эти действия (процедуры) были стандартизованы в каждом гериатрическом учреждении и оформлены в виде стандартных операционных процедур. СОП (стандартная операционная процедура) – это набор инструкций, которые документируют последовательность и порядок исполнения сестринским персоналом указанных задач. СОП является стандартом сестринских действий, определяющим качество оказываемой помощи, и подлежит обязательному исполнению (Приложение Г). Каждая СОП обычно содержит следующие элементы: название, цели и область применения, использованные сокращения, определения и термины, ответственность исполнителей, описание процедуры, основополагающие документы.

В практику деятельности медсестер пансионатов долговременного пребывания были введены разработанные нами стандартные процедуры. В пансионатах реализовано первичное сестринское обследование вновь поступающего пациента в соответствии со стандартной процедурой «Выезд для первичного осмотра к пациенту, нуждающемуся в сестринском уходе» (Рисунок 22). Стандартная процедура первичного сестринского обследования предусматривает выявление и документирование фактов наличия у пациента сенсорных нарушений, недержания, нарушений сна, болей и пр. при приеме пациента в учреждение долговременного пребывания.

## «СОЦИАЛЬНАЯ СЛУЖБА ПОМОЩНИК»

*Профессиональная область: врачебная работа, сестринская работа, работа клиентского отдела*

Название стандарта: <i>Выезд для первичного осмотра к пациенту, нуждающемуся в сестринском уходе</i>		Раздел: Госпитализация пациентов – оценка состояния, перевод в отделение и выписка	
Номер стандарта: 1	Дата обновления:	Издание: 1	Дата утверждения: 30.10.2017г.
Документ разработан: К.Консон, Е.В. Фролова, Л.В. Баутина, О.Н. Филиппова, А.А. Хотинская			

- Страница 1 из 13
1. **Введение** Выезд для первичного осмотра пациента осуществляется специалистом отдела клиентской службы (или старшей медсестрой подразделения), имеющим медицинское образование и прошедшим предварительное обучение по проведению краткого осмотра пациента на физическое, функциональное и когнитивное состояние.
  2. **Цель выезда**
  3. **Основные определения**
  4. **Полномочия и ответственность**
  5. **Порядок проведения осмотра пациента**
  6. **Приложения** Приложение 1. Тесты (MMSE, Clock, Mini-Cog, Norton, MNA, Barhtel, GDS 15)  
 Приложение 2. Перечень медицинских обследований  
 Приложение 3. Бланк протокола предварительного осмотра  
 Приложение 4. Памятка для пациента  
 Приложение 5. Согласие на фотосъемку

Рисунок 22. Общий вид СОП «Выезд для первичного осмотра к пациенту, нуждающемуся в сестринском уходе»

Это позволяет медсестрам в процессе ухода обращать первоочередное внимание на пациентов, склонных к функциональному снижению. В целом, сестринское обследование направляется на установление обстоятельств, способствующих проявлению гериатрических синдромов, отрицательно воздействующих на качество жизни пожилого человека. При обследовании медсестрами заполняется разработанная нами «Анкета для оценки состояния пациента при поступлении». В дальнейшем, наблюдая пациента в учреждении, медсестра, отмечает в соответствующих учетных формах все изменения состояния пациента (форма «Периодическая оценка состояния пациента»), особо фиксируя возможные случаи травмирования («Мониторинг пролежней», «Отчет о падениях») или резкого ухудшения. Обсуждение происшествий (например, падений), особенно с тяжелыми исходами для пациентов, происходит на внеплановом мультидисциплинарном совете (МДС), который принимает решение о необходимых мерах для предотвращения подобных случаев в будущем.

Зависимые пациенты, находящиеся в учреждении длительного пребывания, получают помощь персонала при совершении повседневных

действий – в обеспечении личной гигиены, перемещения, приема пищи. Соответствующий порядок описан стандартными процедурами.

Среди разработанных в данной работе процедур сестринского ухода предусмотрены также такие, которые описывают порядок выявления пациентов с мальнутрицией, и имеют целью установление ее причин. Так, при приеме нового пациента и соответствующем сестринском обследовании пациенту должны задаваться вопросы о его социальном статусе: наличии постоянного дохода, жилищных условиях, наличии семьи, взаимоотношений с ближайшим окружением.

При описании стандартных процедур ухода за пожилыми пациентами особое внимание уделено работе медсестер в составе команды разных специалистов. Соответствующая стандартная операционная процедура, описывающая деятельность мультидисциплинарного совета, как части сестринской работы, была разработана и активно практикуется в пансионатах. Мультидисциплинарный совет регулярно собирается для обсуждения возможного функционального ухудшения пациентов, выявленного с помощью стандартизованных шкал, с учетом мнений различных специалистов о конкретном пациенте. При этом совместно вырабатывается целевое решение проблем пациента с акцентом на потенциально обратимые причины функционального ухудшения.

СОП поддерживает процесс контроля качества, обеспечивая соблюдение нормативных требований. Следуя требованиям стандартных процедур, медсестры четко представляют себе круг обязанностей при уходе за своими пациентами, а их выполнение и обязательная фиксация в документации позволяют, в свою очередь, судить о качестве работы медсестер.

Представленные стандартные сестринские процедуры, алгоритмы действий и описания сестринских вмешательств способствуют снижению непреднамеренных упущений и ошибок в сестринском уходе, а также обеспечивают необходимую организационно-нормативную базу для оценки технологического качества сестринской работы.

### **5.3. Разработка и оценка приоритетных критериев качества результатов деятельности медицинских сестер при долговременном уходе**

В соответствии с указаниями Минздрава России [70], при осуществлении внутреннего контроля качества одним из обязательных мероприятий является «сбор статистических данных, характеризующих качество и безопасность медицинской деятельности медицинской организации, и их анализ». Наше исследование показало, что к числу статистических данных (показателей качества), характеризующих результаты сестринской работы в области гериатрии, следует относить показатели, характеризующие способность медсестер содействовать сохранению у пациентов функционального и когнитивного статуса, а также обеспечивать их физическую безопасность. К числу таких показателей нами предложено отнести показатели, характеризующие степень сохранности в течение установленного периода (например, одного года) независимости при выполнении повседневных действий и степень сохранности когнитивных функций. Кроме того, в число показателей качества результатов сестринских действий нами отнесены показатели, характеризующие обеспечение медсестрами физической безопасности пациентов – количество падений с травмами и количество пролежней с нарушениями целостности кожи.

Для установления воздействия сестринского ухода на состояние пациентов в рамках данного исследования изучалась динамика изменений в состоянии пациентов пансионатов за год наблюдений. Изучение состояния пациентов проводилось дважды: в 2017 году, а затем – через год, в 2018 году. В течение этого года в практику работы сестринского персонала пансионатов были введены разработанные в рамках данного исследования стандартные операционные процедуры и алгоритмы проведения вмешательств, а также – необходимая сестринская документация, включающая формы сестринского обследования, наблюдения, регистрации инцидентов (пролежней, падений, травм, приступов и пр.). Кроме того, в течение года проводилось активное обучение медсестер в

соответствии с разработанной нами программой подготовки медсестер в гериатрии.

Определение функционального и когнитивного статуса, а также рисков падений и образования пролежней у пациентов пансионатов проводилось для одних и тех же пациентов, принявших участие в исследовании как в 2017 году, так и в 2018 году (Таблица 24).

Таблица 24 — Динамика состояния пациентов пансионатов за год наблюдений

Уровни выявленных нарушений в баллах	Количество пациентов, проявивших нарушения, n(%)	
	2017	2018
Уровень активности пациентов в повседневной деятельности (ADL) по шкале Бартел (n = 135):		
полная зависимость 0-20	41 (30,4)	49 (36,3)
выраженная зависимость 21-60	34 (25,2)	48 (35,5)
частичная зависимость 61-90	48 (35,5)	29 (21,5)
независимость или легкая зависимость 91-100	12 (8,9)	9 (6,7)
Когнитивный статус по шкале КШОПС (n = 132):		
тяжелая деменция 0-10	49 (37,1)	65 (49,2)
умеренная деменция 11-19	43 (32,6)	28 (21,2)
легкая степень деменции 20- 23	13 (9,8)	15 (11,4)
преддементные когнитивные нарушения 24-27	16 (12,1)	12 (9,1)
нет нарушений 28-30	11 (8,4)	12 (9,1)
Риск падений по шкале Морса (n= 134):		
высокий риск >45	5 (3,7)	25 (18,7)
умеренный риск 25-45	43 (32,1)	38 (28,3)
низкий риск 0-20	86 (64,2)	71 (53,0)
Риск образования пролежней по шкале Нортон (n= 128)		
высокий риск ≤12	30 (23,4)	29 (22,7)
умеренный риск 13-14	31 (24,2)	43 (33,6)
нет риска >14	67 (52,4)	56 (43,7)

Изменениями показателей состояния пациентов нами были приняты изменения на 20%.

За год наблюдений снижение зависимости от посторонней помощи (увеличение показателей по шкале Бартел) было отмечено у 9,6% пациентов, не было изменений у 57,8% и увеличение зависимости было отмечено у 32,6% пациентов. Улучшение показателей по шкале КШОПС на 20% было выявлено у 5,3% пациентов, снижение на 20% – у 37,9% и без существенной динамики оставалось у 56,8%. За год наблюдений произошло уменьшение риска падений у

30,6% пациентов, у 34,3% пациентов риск падений увеличился, и у 35,1% риск падений не изменился.

Статистически значимых изменений в рисках образования пролежней за год наблюдений не произошло: 89,8% пациентов сохранили свой статус в отношении риска образования пролежней. (Таблица 25).

Таблица 25 — Динамика удельного веса пациентов с гериатрическими синдромами за год наблюдений

Показатели нарушений	Доля пациентов с увеличением нарушений, (%)	Доля пациентов с уменьшением нарушений, (%)	Доля пациентов, не имевших изменений, (%)
Зависимость от посторонней помощи (по шкале Бартел)	32,6	9,6	57,8
Когнитивные нарушения (по шкале КШОПС)	37,9	5,3	56,8
Риск падений (по шкале Морса)	34,3	30,6	35,1
Риск образования пролежней (по шкале Нортон)	7,0	3,2	89,8

Динамика функционального статуса у пациентов одной и той же группы (n = 135) представлена на рисунке 23.

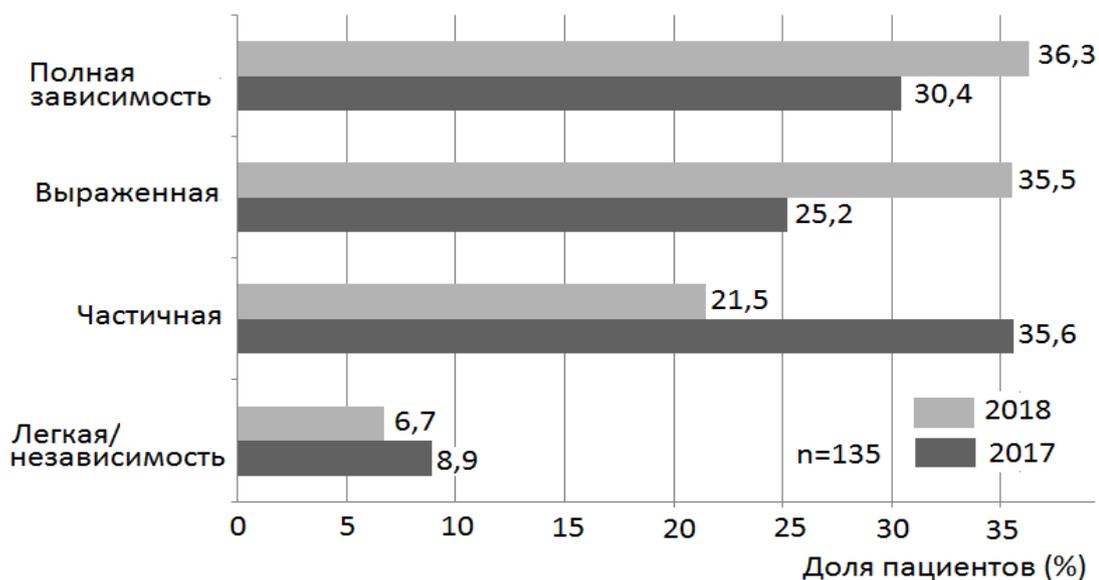


Рисунок 23 — Динамика удельного веса пациентов пансионатов с различной степенью нарушений функционального статуса за год наблюдений

Расчеты статистически значимых изменений функционального и когнитивного статуса, а также рисков падений и пролежней были проведены по

программам статистической обработки данных SPSS 20.0 и MedCalc 11.5.00. Критической границей достоверности была принята величина  $p < 0,05$ .

Статистически значимая доля пациентов, ухудшивших функциональный статус, составила 10,3% (95% ДИ: 2,1% - 22,5%,  $p < 0,05$ ), поскольку произошло увеличение количества пациентов с выраженной зависимостью за счет соответствующего уменьшения количества пациентов с частичной зависимостью.

Увеличение степени зависимости от посторонней помощи в течение года наблюдения было ассоциировано с наличием когнитивных нарушений (КШОПС < 24) при начальном обследовании. У пациентов с когнитивными нарушениями (КШОПС < 24) риск увеличения зависимости от посторонней помощи в течение года был почти в 4 раза выше, по сравнению с теми, у кого когнитивные нарушения были незначительными (КШОПС  $\geq 24$ ). Эта ассоциация оставалась статистически значимой и после поправки на пол и возраст пациентов (ОШ (95%ДИ) = 3,9 (1,1- 14,2)).

Анализ результатов данного исследования показал, что возможность самостоятельно себя обслуживать может быть количественно выражена в показателях функционального статуса пожилого пациента. Таким показателем может быть, например, доля пациентов, проявивших/не проявивших нарушения за определенный период. Примером количественного показателя может быть доля пациентов, не проявивших снижения функционального статуса за установленный период. В данном исследовании, за год наблюдений функциональный статус был сохранен у 89,7% пациентов (статистически значимое значение), что больше соответствующих показателей (65%), по данным зарубежных авторов [133].

Статистически значимая доля пациентов с тяжелыми когнитивными нарушениями увеличилась на 12,1% (95% ДИ: 0,29% - 22,81%,  $p < 0,05$ ), за счет уменьшения доли пациентов с умеренными нарушениями (Рисунок 24). Статистически значимое сохранение когнитивного статуса имели 87,9% пациентов, что превышает заявленное в литературе значение (85%) [116].

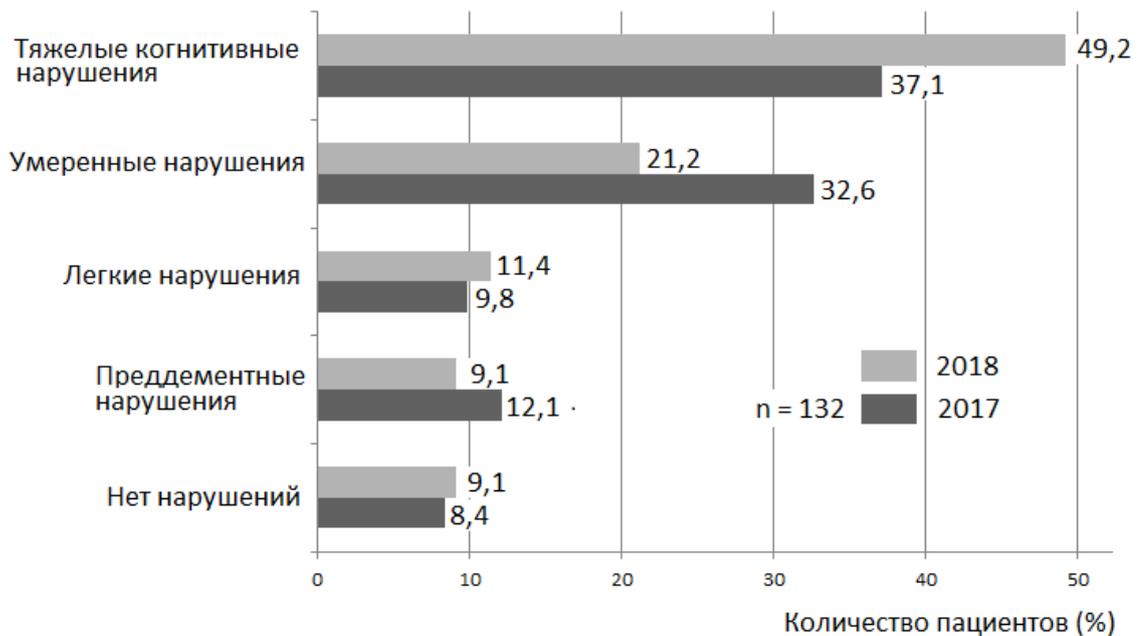


Рисунок 24 — Динамика удельного веса пациентов пансионатов с различной степенью нарушений когнитивного статуса за год наблюдений

За год наблюдений статистически значимо на 15,0% (95% ДИ: 7,2% - 23,0%,  $p < 0,05$ ) увеличилась доля пациентов с низким риском падений за счет соответствующего уменьшения доли пациентов с умеренным и высоким риском (Рисунок 25).

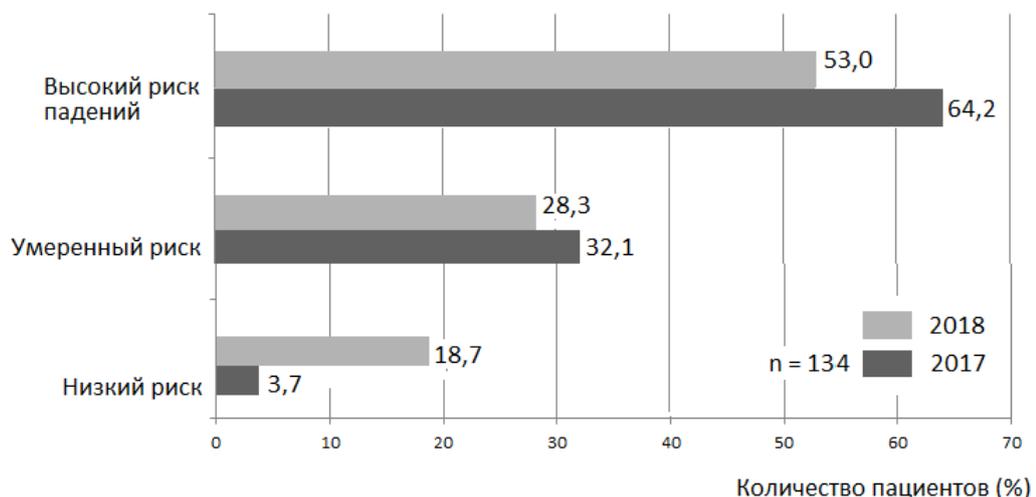


Рисунок 25 — Динамика удельного веса пациентов пансионатов с различной степенью рисков падений за год наблюдений

Важно отметить, что сестринский уход в российских гериатрических учреждениях пока не предполагает сбора подобной информации, однако она необходима для оценки качества результатов работы медсестер.

Очевидно, что установление количественных показателей и сбор статистических данных возможны только в случае регулярного мониторинга состояния пациентов и фиксации его результатов в сестринской документации. Сестринский мониторинг состояния пациентов включен в стандартную процедуру ухода за гериатрическими пациентами, как на амбулаторном уровне, так и в учреждениях длительного пребывания.

Наиболее характерными для пациентов, падавших в течение года наблюдений, были такие факторы риска как использование вспомогательных средств передвижения (Рисунок 26), наличие нарушений сна и в меньшей степени – проявления тяжелой и умеренной деменции.

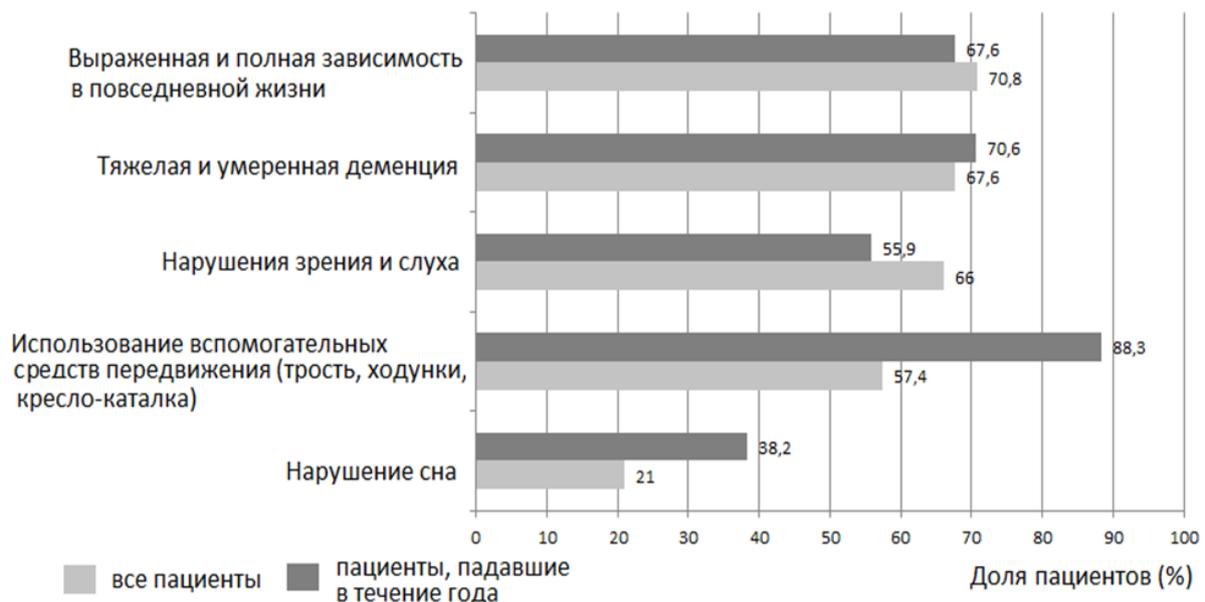


Рисунок 26 — Основные гериатрические синдромы у пациентов пансионатов, падавших в течение года наблюдений

Зависимость от помощи в повседневных действиях и сенсорные дефициты в данном исследовании чаще отмечалась среди всех пациентов, принявших участие в исследовании, чем среди пациентов, имевших падения в течение года. Тем не менее, у пациентов, получивших серьезные травмы (вывих и переломы) в результате падений, средний балл по шкале Бартел составил  $57 \pm 17,9$  ( $p < 0,05$ ), что соответствует выраженной зависимости, а нарушения зрения и слуха имели место у 80% пациентов.

Наиболее значимыми факторами риска для пациентов, имевших пролежни (Рисунок 27), явились выраженная и полная зависимость в повседневных действиях, тяжелая деменция, мальнутриция и риск мальнутриции, а также неподвижный образ жизни (нахождение большую часть дня в кресле-коляске). В меньшей степени проявилось влияние недержания. Тем не менее, наличие недержания было отмечено в 66,7% имевших место случаев развития пролежней с изъязвлениями кожи (пролежни 3 стадии).

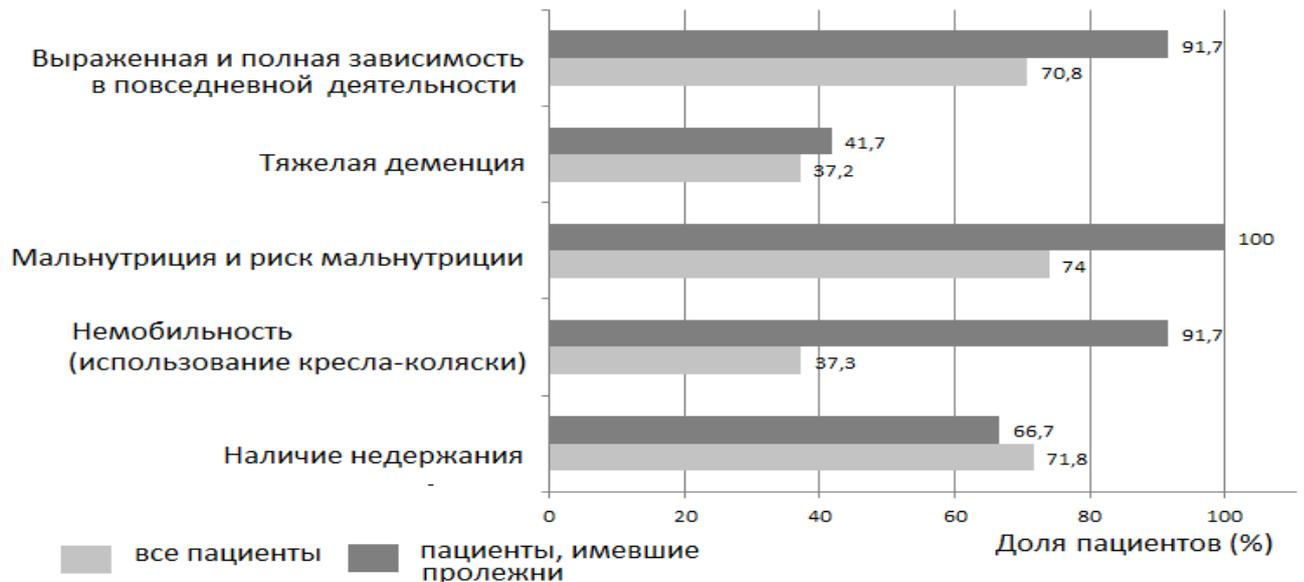


Рисунок 27 — Основные гериатрические синдромы у пациентов пансионатов, имевших пролежни в течение года наблюдений

В число статистических данных, характеризующих качество результатов сестринской работы в области гериатрии, могут включаться сведения о различных неблагоприятных событиях, оказывающих влияние на безопасность пожилых пациентов. К ним, прежде всего, могут относиться сведения о случаях падений пациентов и развития пролежней, характеризующие способность медсестер предотвращать эти события.

Соответствующий показатель качества для случаев образования пролежней может расцениваться как один из наиболее характерных показателей безопасности пациентов. При этом очевидно, что при его расчете следует принимать во внимание случаи образования пролежней только в пределах учреждения. Показатель может быть рассчитан, как доля пациентов, имевших

пролежни за определенный период. В данном исследовании 2,4% пациентов пансионатов за год наблюдений получили пролежни в учреждении, причем пролежень 2-й стадии образовался только у 0,5% пациентов, то есть доля пациентов с пролежнями 2-й стадии и выше составила 0,5%. Оба показателя характеризуют качество сестринского ухода, как достаточно высокое – по данным литературы [120], количество пациентов с пролежнями в учреждениях долговременного ухода составляет от 4% до 24%.

Доля случаев падений за определенный период является вторым важнейшим показателем безопасности пациентов, характеризующим качество результатов сестринского ухода. При этом важно особо выделять показатель, характеризующий падения с тяжелыми исходами, влияющими на степень последующей зависимости пациента в повседневной деятельности. В данном исследовании среди 209 пациентов было зафиксировано 23% случаев падений. Различные травмы – от повреждений кожи и гематом до переломов получили при этом 18,7% пациентов пансионатов. Тяжелые травмы в виде переломов имели место в 8,3% случаях. Эти результаты говорят о том, что усилия медсестер пансионатов по предотвращению падений привели к показателям, согласующимся, например, с показателями, приведенными на сайте Nursing Home Abuse Center [154]: ежегодно в американских домах сестринского ухода падают 50-75% пациентов, причем серьезные травмы получают при этом 10-20% пациентов, а переломами заканчиваются 2-6% случаев падений.

К показателям, характеризующим качество сестринской работы по обеспечению безопасности пациентов, могут также относиться показатели, определяющие использование постоянных мочевыводящих катетеров, принудительное кормление или применение средств физического сдерживания в случаях поведенческих отклонений. Применение этих мер может быть небезопасным для пациентов, поскольку они могут спровоцировать инфекции, боль или страх.

В целом, для оценки качества результатов сестринского ухода могут рассматриваться не только предложенные выше показатели, но и показатели,

влияющие на ухудшение функционального статуса пациентов, например, показатель мальнутриции или показатель, свидетельствующий о проведении медсестрами контроля болей. Их воздействие на состояние пациентов может быть снижено за счет сестринских вмешательств.

Важным также является показатель, характеризующий долю случаев обращений пациентов за медицинской помощью (скорая или неотложная помощь, госпитализация) за определенный период.

Результаты внедрения комплексной модели управления качеством сестринского гериатрического ухода в динамике (2017-18 гг.) свидетельствуют о благоприятных тенденциях улучшения некоторых показателей физического, медико-социального и психологического состояния пациентов в условиях долговременного ухода. Показатели качества сестринского гериатрического ухода позволили стабилизировать или снизить влияние на качество жизни основных гериатрических синдромов и возраст-ассоциированных заболеваний почти у 90% обследованных пациентов. В настоящее время в российской практике подобный подход к оценке качества деятельности медсестер не применяется.

#### **5.4. Медико-социальный анализ удовлетворенности пациентов качеством медицинской и социальной сестринской гериатрической помощи**

К числу характеристик качества результатов сестринского гериатрического ухода, помимо объективных количественных характеристик, могут относиться характеристики удовлетворенности пациентов качеством предоставленной помощи. Изучение степени удовлетворенности пациентов различных медицинских учреждений предоставленной медицинской помощью в последние годы проводится в разных странах [119, 145, 159, 160]. Учитывая возрастающий интерес российского здравоохранения к вопросам качества жизни пожилых

людей, пациенты гериатрических учреждений длительного пребывания также должны вовлекаться в процесс оценки качества получаемой помощи.

Среди показателей качества деятельности медицинской сестры по уходу за пациентами в стационарах длительного пребывания важным являются субъективные оценки удовлетворенности пациентов характером и кратностью контактов с медицинской сестрой, полнотой периодического обследования пациента; своевременностью оказания медицинской помощи; качеством проведения сестринских процедур; информированностью о динамике показателей своего здоровья; удовлетворенностью социальной поддержкой и уходом, степенью контактов медсестры с родственниками, общим уровнем сестринского ухода.

Опрос проводился среди пациентов (или их законных представителей) пансионатов для пожилых людей. В качестве инструмента использовался адаптированный к условиям учреждения длительного пребывания «Опросник удовлетворенности пациентов качеством сестринского ухода».

Всего были опрошены 87 респондентов, из которых пациенты составили 27,6%, а их законные представители – 72,4%. Преобладание законных представителей объясняется тем, что большая часть пациентов не могла адекватно отвечать на поставленные вопросы из-за значимых когнитивных нарушений. Средний возраст принявших участие в опросе пациентов составил 81,2 года. Женщины составили 71,8% пациентов. Замужних/женатых пациентов было 32,5%, остальные (67,5%) были вдовствующими, разведенными и одиночками. Доля пациентов, проживавших в комнате более чем с одним человеком, составила 33,3%, вдвоем – 43,2%, остальные (23,5%) проживали в комнатах на одного человека. По данным респондентов, среди пациентов, имевших опыт госпитализации за предшествующие два года, 8,3% госпитализировались более 4 раз, остальные 91,7% – в среднем 1,5 раза. При ответах на вопросы наибольшее количество оценок были отличными (49%), а наименьшее – плохими (3,4%). В целом, средние по всем вопросам оценки распределились следующим образом: отлично – 49,0%; очень хорошо – 21,0%, хорошо – 21,0%; удовлетворительно – 5,6%; плохо – 3,4%.

Результаты опроса показали, что 49% респондентов в среднем (по всем вопросам опросника) оценили качество сестринской работы на «отлично» и только 3,4% считали, что медсестры работают плохо. Несмотря на значительную долю отличных оценок в целом, оценки различались, если принять во внимание ответы на отдельные вопросы. Наименьшее количество отличных оценок (34,2%) и наибольшее количество плохих (12,6%) получили действия медсестер, связанные с их обязанностью разъяснять пациентам и их родственникам цели и порядок проведения терапевтических и реабилитационных процедур. Несколько больше отличных оценок были получены: за действия медсестер по поддержанию связи с родственниками пациентов и информирование о состоянии их близких (46,4%); за осуществление профессиональных обязанностей по регулярному осмотру кожи пациентов, подверженных риску пролежней, по регулярному мониторингу боли, склонности к падениям, по мониторингу физических показателей, выдаче лекарств (47,1%) и т.п.; за учет пожеланий пациентов по безболезненному проведению вмешательств или их перенесению на другое время (48,2%); за действия по поддержанию необходимой гигиены пациентов (51,2%). Перечисленные действия были оценены как исполняемые плохо в 7,1%, 2,3%, 2,4% и 2,3% случаях, соответственно (Рисунок 28).

Наибольшим количеством отличных оценок (57,5%) были оценены внимательное и дружелюбное отношение медсестер к пациентам и быстрое реагирование на их обращения (54,8%), причем по этим пунктам плохих оценок не было вовсе (0%). Однако в меньшей степени (50% отличных оценок и 2,3% плохих) пациенты были довольны тем, насколько охотно и подробно медсестры отвечают на их вопросы.

В целом профессиональные качества медсестер пансионатов оценили на «отлично» 51,2% пациентов, но 1,2% пациентов поставили их профессионализму оценку «плохо».

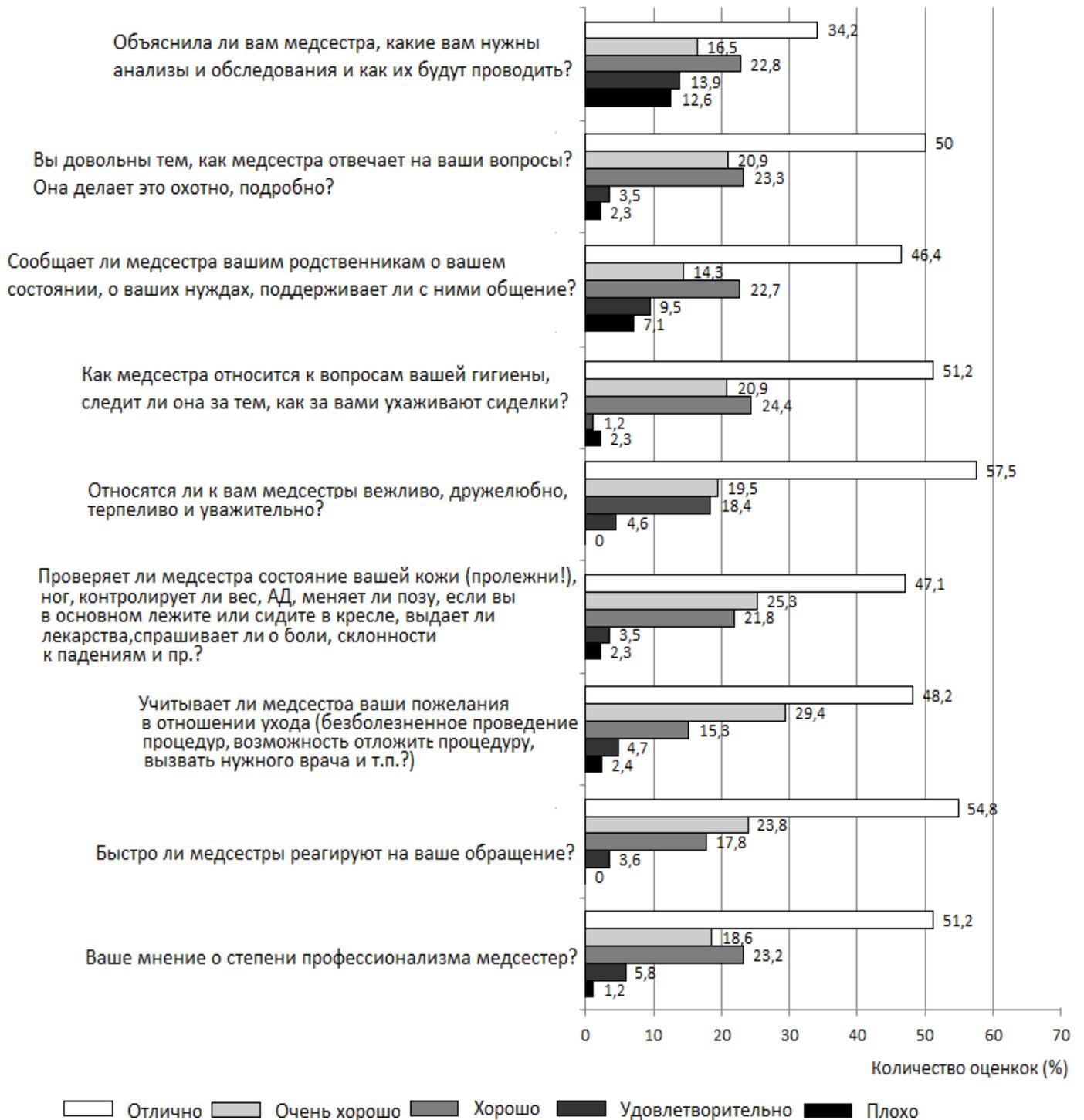


Рисунок 28 — Средние оценки уровня удовлетворенности пациентов пансионатов (и родственников) отдельными составляющими сестринского ухода

В ходе опроса были заданы три вопроса о степени удовлетворенности пациентов на уровне общего восприятия качества предоставляемых услуг, качества сестринского ухода в целом и – вопрос о собственной оценке своего здоровья.

На вопрос об оценке уровня сестринского ухода в целом респонденты дали следующие ответы: отлично – 40,5%; очень хорошо – 27,4%; хорошо – 25,0%; удовлетворительно – 5,9%; плохо – 1,2% (Рисунок 29).

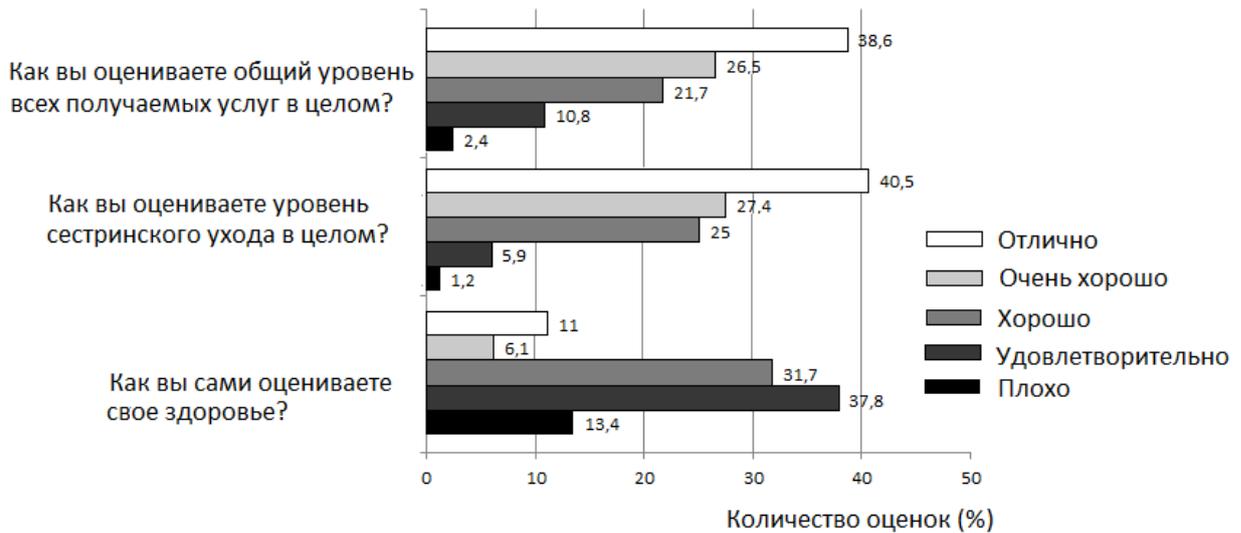


Рисунок 29 — Средние оценки удовлетворенности пациентов пансионатов (и родственников) уровнем сестринского ухода в целом

Степень удовлетворенности пациентов в значительной мере субъективна и зависит не только от восприятия пациента относительно его ожиданий, но и от состояния его здоровья. В этом исследовании пациенты оценили свое здоровье как удовлетворительное (37,8%) и плохое (13,4%), хотя были и те, кто считал свое здоровье хорошим (31,7%), очень хорошим (6,1%) и даже отличным (11%).

Таким образом, более чем в половине случаев пациенты оценили качество работы медсестер как отличное и хорошее. Следует отметить, что наибольшее количество отрицательных оценок медсестры получили вследствие неумения общаться с пожилыми людьми. В целом опрос выявил основную проблему сестринского ухода в пансионатах – необходимость совершенствования профессионального подхода медсестер к своей работе. Сестринская деятельность предполагает не только внимательное и уважительное отношение к пациентам, но главное – четкое исполнение профессиональных обязанностей. В этой связи очень важными становятся вопросы обучения сестер основам гериатрического ухода, а также установление регламентов для процессов сестринской деятельности и их неукоснительное исполнение.

Оценка степени удовлетворенности пациентов особенно важна для характеристики качества работы сестринского персонала в ситуации внутреннего контроля качества, поскольку является важной информацией для руководства медико-социальных учреждений. Удовлетворенность пациентов и объективные оценки результатов сестринского ухода могут быть взаимосвязаны, и исследование этой связи может явиться предметом будущих исследований.

Результаты определения степени удовлетворенности пациентов могут быть важной характеристикой оценки качества предоставляемого ухода, как на уровне отдельного учреждения, так и при сравнении качественных показателей между разными однотипными учреждениями при использовании единых стандартизованных форм опроса. Подобные опросы могут стимулировать активные совместные усилия всех заинтересованных сторон, направленные на улучшение качества ухода за пожилыми пациентами.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Комплексное и этапное исследование выполнялось на базе 5 крупных, типовых (с общей численностью 559 обследованных пациентов) стационарных организаций (Санкт-Петербурга, Москвы, Ленинградской и Московской областей) с длительным пребыванием пациентов пожилого и старческого возраста, нуждающихся в гериатрической медицинской и социальной помощи, а также в 4-х гериатрических медико-социальных поликлинических отделениях (Москва и Санкт-Петербург).

Анализ клинико-статистической характеристики пациентов учреждений долговременного пребывания показал, что среди них преобладали люди старческого возраста (средний возраст 81,6 лет), большей частью женщины (73,7%). Почти 60% пациентов использовали вспомогательные средства передвижения, причем более половины – кресло-коляску. Большинство пациентов (58,4%) имели от 5 до 7 диагнозов хронических заболеваний, при этом 45,9% регулярно принимали от 5 до 7 различных лекарственных препаратов. Более 90% имели различную степень зависимости от посторонней помощи в повседневной деятельности, и только 5,7% были независимы. Наличие сенсорных нарушений (снижение слуха и зрения) было выявлено у 87,6%; 62% пациентов имели риск недостаточности питания, почти 60% – высокий и умеренный риск развития пролежней, а более половины – высокий риск падений. Кроме того, было установлено выраженное взаимовлияние имевшихся у пациентов гериатрических синдромов, когда недостаточность питания усугубляла риск развития пролежней, когнитивные дефициты усиливали риск падений, а все вместе приводило к ухудшению функционального статуса и потере независимости.

Анализ организации гериатрической помощи в условиях амбулаторных медицинских организаций (гериатрический патронаж) показал, что средний возраст пациентов поликлиники составил 78,4 лет, и был ниже, чем у пациентов учреждений долговременного пребывания. Однако их клиническая характеристика, полученная с использованием стандартизованных

гериатрических инструментов, показала, что более 80% пациентов были в разной степени зависимы от посторонней помощи при выполнении повседневных действий, риск недостаточности питания был установлен у трети, у пятой части существовал умеренный риск развития пролежней, а более половины пациентов, обследованных на дому, показали высокий риск падений, установленный по шкале Морса. Когнитивные нарушения (от легкой до тяжелой степени) имели место 50% обследованных. Была установлена статистически достоверная взаимосвязь таких гериатрических синдромов, как уровень функциональных и когнитивных нарушений, недостаточное питание (мальнутриция), а также характеристик, влияющих на безопасность (риск развития пролежней и риск падений). Проведенные исследования подтверждают, что при оказании гериатрической помощи в условиях как стационарного, так и амбулаторного долговременного ухода важными для медсестер являются умения проводить оценку функционального и когнитивного статуса пациентов, понимать причины функциональных нарушений, а также выполнять самостоятельные сестринские вмешательства. Подобный анализ был проведен впервые, и на основании его результатов – клинико-статистической характеристики пациентов – в данной работе был определен необходимый объем сестринского гериатрического ухода, который включает выполнение врачебных назначений и мониторинг состояния пациентов при различных хронических заболеваниях и наличии гериатрических синдромов.

Для разработки организационных мероприятий, направленных на повышение качества гериатрической помощи с участием медицинских сестер, рассматривалась методика отбора гериатрических пациентов для оказания им специализированной помощи в амбулаторных учреждениях здравоохранения или в социальных учреждениях долговременного пребывания. Изучение внутренних документов учреждений и процессов сестринского ухода за гериатрическими пациентами показало, что стандартные операционные процедуры для сестринского персонала, в привлеченных к исследованию учреждениях отсутствуют. Сестринская документация, которая позволяла бы осуществлять

сбор статистических данных, характеризующих качество и безопасность сестринского медицинского ухода, не ведется. Контроль качества в учреждениях социальной службы проводится в виде оценки уровня удовлетворенности качеством получаемых услуг один раз в три года и оценивается только качество предоставляемых социальных услуг. Качество сестринской медицинской помощи не оценивается. В государственных учреждениях здравоохранения не проводится контроль качества сестринского ухода, не ведется регулярный сбор статистической информации о состоянии пациентов. Однако в этих учреждениях имеются документы, регламентирующие работу отделений гериатрического патронажа, в частности – положения об отделениях и должностные инструкции медсестер. Регламенты сестринской работы, содержащие четко сформулированный круг задач, которые должны решаться медсестрами, во всех привлеченных к данному исследованию учреждениях отсутствовали.

Нами подтверждено, что самостоятельная деятельность медсестры гериатрического профиля включает использование в практике технологии сестринского процесса, состоящего из сестринского обследования пациента, выявления проблем, планирования вмешательств, выполнения вмешательств, оценки их эффективности. В первичное сестринское обследование входит проведение краткого скрининга состояния пожилого пациента, в котором должны быть определены и задокументированы факты наличия у пациента гериатрических синдромов, включая сенсорные нарушения, недержание, нарушения сна, наличия болей и пр. Схема сестринского процесса в гериатрическом уходе предусматривает работу медсестры в составе мультидисциплинарного коллектива специалистов, принимающих участие в оказании гериатрической помощи пожилым пациентам.

Проведенные исследования позволили установить круг мероприятий, необходимых для регламентации сестринской деятельности, направленных на повышение ее качества. Предложенная методика оценки качества работы медсестер основана на представлении о качестве медицинской помощи, как характеристике, включающей показатели качества структуры (готовности к

выполнению необходимой работы), качества процессов (технологии, выполнение которой наилучшим образом соответствует поставленной задаче) и качества результатов (изменения в состоянии пациентов, обусловленное сестринской работой).

В данном исследовании приоритетной характеристикой качества структуры была определена профессиональная компетентность медсестер. К характеристикам технологии сестринского ухода отнесены регламенты сестринской деятельности в виде стандартных операционных процедур. Описания стандартных операционных процедур для медсестер и алгоритмов проведения сестринских вмешательств нацелены на выработку компетенций и принятия самостоятельных решений в значительной части проблем пожилых пациентов. Приоритетными показателями качества результатов явились показатели, характеризующие способность медсестер содействовать сохранению у пациентов функционального и когнитивного статуса, а также обеспечивать их физическую безопасность. Основываясь на результатах данного исследования и руководствуясь указаниями Минздрава России, в работе предложена «Методика проведения внутреннего контроля качества сестринской деятельности в гериатрических учреждениях». Методика содержит приоритетные критерии оценки качества сестринской работы в рамках гериатрического ухода. Дополнительным показателем качества результатов сестринской деятельности может служить степень удовлетворенности пациентов сестринской работой.

Введение разработанной нами методики оценки качества сестринской работы в практику учреждений долговременного пребывания потребовало проведения анализа показателей качества структуры, процессов и результатов. Нами была подтверждена необходимость в дополнительной профессиональной подготовке медицинских сестер по специальности «гериатрия». В настоящее время систематическая оценка профессиональной компетентности медсестер не практикуется [100], поэтому в данном исследовании было важно оценить как общую, так и профессиональную компетентность медсестер, работающих по профилю «гериатрия». Оценка проводилась на основании тестирования по

вопросам общего и гериатрического ухода. Результаты проведенного в этой работе исследования свидетельствуют о недостаточно высоком уровне подготовки медсестер в области гериатрического ухода: только 2/3 ответов по гериатрии были правильными. В данном исследовании дополнительно с помощью специального опроса оценивалось отношение медсестер гериатрического профиля к содержанию их деятельности и их готовность нести ответственность за состояние пациентов. Было показано, что в настоящее время уровень этой готовности недостаточно высок. В практической работе российские медсестры, работающие с пациентами старшего возраста, в основном опираются на приобретенный практический опыт. Наличие у медицинских сестер профессиональных знаний и умений предусматривается современными образовательными стандартами, поэтому перечень необходимых компетенций должен быть включен в программу подготовки и в профессиональный стандарт медицинских сестер гериатрического профиля.

По результатам проведенного обучения правилам гериатрического ухода в учреждениях долговременного пребывания была реализована необходимая организация сестринской работы на основе стандартных операционных процедур для медсестер. Базой таких СОП являются описания и алгоритмы необходимых сестринских действий, обязательное исполнение которых устанавливается стандартом. Нами были разработаны 43 процедуры и алгоритмы сестринских действий для социальных учреждений долговременного пребывания и амбулаторных учреждений здравоохранения в виде методических рекомендаций, одобренных Министерством здравоохранения и Министерством труда и социальной защиты Российской Федерации, изданных в 2019 году. Эти рекомендации могут использоваться для создания СОП в гериатрических учреждениях. Нами также разработаны 20 процедур самостоятельных сестринских вмешательств, необходимых в случаях обнаружения у пациентов серьезных нарушений состояния. В учреждениях долговременного пребывания нами реализован ряд внутренних стандартных процедур: «Выезд для первичного осмотра к пациенту, нуждающемуся в сестринском уходе», «Анкета для оценки

состояния пациента при поступлении». Обсуждение происшествий (например, падений), особенно с тяжелыми исходами для пациентов, организовано на внеплановом мультидисциплинарном совете (МДС), который принимает решение о необходимых мерах для предотвращения подобных случаев в будущем. При описании стандартных процедур ухода за пожилыми пациентами особое внимание уделено работе медсестер в составе команды разных специалистов. Разработанное в рамках данной работы «Типовое положение о деятельности мультидисциплинарной команды по долговременному гериатрическому уходу» служит основой для практической реализации мультидисциплинарного подхода при уходе за гериатрическими пациентами. Следуя требованиям стандартных процедур, медсестры четко представляют себе круг обязанностей при уходе за своими пациентами, а их выполнение и обязательная фиксация в документации позволяют, в свою очередь, судить о качестве работы медсестер.

Для оценки показателей результатов сестринского ухода нами анализировались изменения состояния пациентов за год наблюдений. В рамках данного исследования за год наблюдения (2017-18гг.) функциональный и когнитивный статус был сохранен почти у 90% пациентов (статистически значимая величина), что является показателем качественной работы медсестер, следовавших стандартным операционным процедурам. Дополнительным критерием качества сестринской работы также может служить обеспечение безопасности пациентов, в частности, профилактика пролежней и падений. В нашем исследовании падения с переломами были зафиксированы у 8,3% пациентов, а пролежни 2-й стадии у 0,5% пациентов, что ниже показателей, приведенных в литературе.

В исследовании рассмотрены все составляющие, характеризующие качество деятельности медсестер гериатрического профиля – профессиональная компетенция медсестер, как пример структурной характеристики качества, стандартизация технологии сестринского ухода в виде разработанных стандартных процедур, обеспечивающая качество процессов, и изменения состояния пациентов за год наблюдений, как объективная характеристика

качества результатов сестринской деятельности. Следует заметить, что в учреждениях долговременного пребывания мероприятия по регулярному мониторингованию состояния пациентов, сбору информации о гериатрических синдромах, анализу динамики их выраженности, регистрации происшествий, влияющих на физическую безопасность пациентов, и анализу причин этих происшествий не проводились.

Доказана высокая информативная значимость (как критериев качества результата и эффективности деятельности) показателей удовлетворенности пациентов своевременностью и качеством деятельности медицинской сестры при организации и проведении медицинской и социальной помощи. По результатам опроса пациентов в изучаемых организациях долговременного пребывания установлено, что 49,0% респондентов в среднем оценили качество сестринской работы на «отлично», «очень хорошо» и «хорошо» – 42, 0% пациентов, и только 3,4% считали, что медсестры работают плохо. Наименьшее количество отличных оценок (34,2%) и наибольшее количество плохих (12,6%) получили действия медсестер, связанные с их обязанностью разъяснять пациентам и их родственникам цели и порядок проведения терапевтических и реабилитационных процедур. Результаты определения степени удовлетворенности пациентов являются важной характеристикой качества результатов сестринского гериатрического ухода.

## ВЫВОДЫ

1. Выявленные медико-социальные особенности состава стационарных и амбулаторных гериатрических пациентов, свидетельствуют о преобладании женщин (соответственно 73,7% и 71,4%) старших возрастных групп (у женщин  $83,1 \pm 7,6$  лет и  $80,6 \pm 9,3$  лет, мужчин –  $77,3 \pm 12,0$  лет и  $72,5 \pm 11,0$  лет). Среди стационарных и амбулаторных пациентов с полной и выраженной зависимостью было соответственно 73,4% и 54,5% пациентов с тяжелыми и умеренными когнитивными нарушениями. При этом 87,7% и 94,8% пациентов имели мальнутрицию и риск мальнутриции; пациентов с высоким и умеренным риском падений было 83,0% и 100%; 73,6% и 80,5% имели высокий и умеренный риск развития пролежней.
2. В структуре выявленных заболеваний установлен высокий удельный вес пациентов (80,9%) с наличием 5 и более хронических заболеваний, среди которых наиболее распространёнными являются: цереброваскулярная патология (86,1%); ишемическая болезнь сердца (87,1%); артериальная гипертензия (86,1%). У значительной части пациентов выявлены нарушения зрения и слуха (87,6%), тяжелые и умеренные когнитивные нарушения (67,6%). Определена статистически значимая ( $p < 0,05$ ) связь степени выраженности когнитивных и функциональных нарушений (потеря функционального статуса в 2,4 раза чаще обнаруживается в случае наличия у стационарных пациентов когнитивных нарушений: ОШ (95% ДИ) =  $2,4 \times (1,3-4,6)$ ), способствующих увеличению риска формирования возраст-ассоциированных гериатрических синдромов, влияющих на потребность в различных видах и объеме деятельности медицинской сестры.
3. Выявленные особенности сестринской деятельности в области гериатрического ухода основаны на нуждаемости пожилых пациентов в получении помощи, включающей мониторинг состояния пациентов, проведение их гериатрической оценки с помощью стандартизованных шкал, выполнение медико-социальных действий, направленных на поддержание

функционального и когнитивного статуса, и на обеспечение безопасности пациентов. Поддержание функционального статуса потребовали 70,8% стационарных пациентов и 36,7% амбулаторных, предотвращение падений были необходимы 81,2% стационарным пациентам и 91,0% амбулаторным, профилактика пролежней была нужна 57,9% стационарных пациентов и 47,2% амбулаторных, сохранение и улучшение статуса питания требовали 74,0% стационарных пациентов и 86,2% амбулаторных.

4. Разработанные стандартные операционные процедуры и алгоритм пошаговой сестринской деятельности способствует оптимизации контроля качества медицинской и социальной помощи, оцениваемой при мониторинге объективных клинико-функциональных состояний у пациентов при их долговременном пребывании в гериатрических организациях. Организация сестринской деятельности на основе разработанных стандартных процедур обеспечила возможность оценки динамики гериатрических синдромов и установила статистически значимые благоприятные тенденции сохранения (в течение года) функционального (89,7%) и когнитивного (87,9%) статуса у пациентов с поддержанием показателей обеспечения физической безопасности.
5. Мероприятия по улучшению деятельности медсестер и совершенствованию системы контроля качества их работы были обоснованы результатами введения разработанной методики внутреннего контроля качества в практику учреждений долговременного пребывания пациентов. Гериатрическая подготовка медсестер и включение в их деятельность стандартных процедур позволили поддерживать статистически достоверно функциональный и когнитивный статус у почти 90% пациентов. Измеримыми показателями физической безопасности пациентов были доля пациентов с вновь появившимися пролежнями более 2-й стадии (0,5%), и доля пациентов, имевших падения с тяжелыми исходами (8,3%). Анализ степени удовлетворенности пациентов сестринской помощью показал, что 91,0% респондентов оценили качество работы медсестер на «хорошо» и «отлично».

## ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Министерству здравоохранения Российской Федерации:
  - 1.1. Пересмотреть систему организационно-нормативного регулирования должностных обязанностей, видов и объемов деятельности медицинской сестры гериатрического профиля в учреждениях долговременного пребывания.
  - 1.2. Перечень умений и компетенций, описанных в стандартных операционных процедурах и алгоритмах действий, необходимо включить в описание трудовых функций медицинской сестры по специальности «медицинская сестра медико-социальной помощи».
2. Министерству труда и социальной защиты Российской Федерации:
  - 2.1. В учреждениях долговременного пребывания пациентов с наличием возраст-ассоциированных заболеваний и гериатрических синдромов, а также при осуществлении гериатрического патронажа на дому, организовать мониторинг клинико-функциональных состояний у пациентов;
  - 2.2. При оценке качества работы социальных учреждений учитывать не только показатели качества выполнения социальных услуг, но и характеристики качества деятельности медицинских сестер по уходу за гериатрическими пациентами.
3. Территориальным органам здравоохранения:
  - 3.1. В медицинских и социальных учреждениях, оказывающих долговременную гериатрическую помощь, осуществлять мониторинг укомплектованности медицинскими сестрами и их подготовку в системе дополнительного профессионального образования;
4. Руководителям социальных и медицинских гериатрических учреждений с долговременным пребыванием пациентов:
  - 4.1. Использовать разработанную систему оценки качества деятельности медицинских сестер, включающую стандартные операционные процедуры,

алгоритмы действий и «Методику проведения внутреннего контроля качества сестринской деятельности в гериатрических учреждениях»;

- 4.2. Использовать мониторинг физического, функционального, психоэмоционального и социального статуса пациентов на основе стандартных гериатрических инструментов;
- 4.3. С целью оценки качества медицинской и социальной гериатрической помощи внедрить в практику гериатрических учреждений проведение регулярной оценки удовлетворенности пациентов качеством сестринской работы (на основе предложенной субъективной экспресс-диагностики);
5. Медицинским сестрам гериатрических организаций в системе долговременного ухода:
  - 5.1. Поддерживать профессионально-квалификационный уровень с дополнительной профессиональной подготовкой по специальности «гериатрия»;
  - 5.2. Осуществлять качественное ведение учетной документации с регистрацией информации о возможных инцидентах (падениях, травмах, обострении заболеваний) и сведений о сестринских вмешательствах при острых состояниях пациента.

## **ПЕРСПЕКТИВЫ ДАЛЬНЕЙШЕЙ РАЗРАБОТКИ ТЕМЫ ИССЛЕДОВАНИЯ**

Перспективой разработки темы исследования является дальнейшее развитие системы управления качеством медико-социальной помощи пациентам пожилого и старческого возраста, направленное на расширение круга показателей качества, на развитие медико-организационного взаимодействия персонала учреждений с мультидисциплинарными коллективами специалистов и на выработку единых подходов к оценке степени удовлетворенности гериатрических пациентов получаемой медицинской и социальной помощью.

## СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ

РФ – Российская Федерация

РГНКЦ – Российский геронтологический научно-клинический центр

ЛОГБУ – Ленинградское областное государственное бюджетное учреждение

ООО – общество с ограниченной ответственностью

ГБУЗ – государственное бюджетное учреждение здравоохранения

ПНИ – психо-неврологический интернат

КГО – комплексная гериатрическая оценка

КМП – качество медицинской помощи

МДК – мультидисциплинарная команда

ФГОС – федеральный государственный образовательный стандарт

ВАШ – визуальная аналоговая шкала

ИКР – интерквартильный размах

ДИ – доверительный интервал

Me – медиана

Ср – среднее значение

СО – стандартное отклонение

ОШ – отношение шансов

СОП – стандартная операционная процедура

КШОПС (MMSE) – краткая шкала оценки психического статуса (mini mental state examination)

ADL – active daily living (повседневная деятельность)

PAINAD – pain Alzheimer's disease (оценка боли при болезни Альцгеймера)

MNA – mini-nutritional assessment (краткая оценка питания)

Mini-Cog – mini cognitive (краткая оценка когнитивных функций)

GDS – geriatric depression scale (гериатрическая шкала депрессии)

PSNCQQ - Patient Satisfaction with Nursing Care Quality Questionnaire (Опросник удовлетворенности пациентов качеством сестринского ухода).

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Алиева, А.М. Критерии качества сестринской помощи [Электронный ресурс] / А.М. Алиева // IX Международная электронная студенческая научная конференция «Студенческий научный форум». — Режим доступа: <https://www.scienceforum.ru/2017/2421/32840> (дата обращения: 24.04.2018).
2. Бантьева, М.Н. Возрастные аспекты госпитализации взрослого населения на койки круглосуточного пребывания [Электронный ресурс] / М.Н. Бантьева, Н.С. Прилипко // Социальные аспекты здоровья населения (научно-практический журнал). — 2013. — № 1. — <https://cyberleninka.ru/article/n/vozrastnye-aspekty-gospitalizatsii-vzroslogo-naseleniya-na-koyki-kruglosutochnogo-prebyvaniya/viewer> (дата обращения: 17.04.2019).
3. Бараненкова, Т.А. Старение населения и его социально-экономические последствия / Т.А. Бараненкова // Вестник Института экономики РАН. — 2017. — № 2. — С. 47–64.
4. Башкирева, А.С. Развитие гериатрической службы в Ленинградской области: предпосылки и перспективы / А.С. Башкирева // Вестник Росздравнадзора. — 2016. — № 4. — С. 43–47.
5. Безопасность вакцинации против гриппа и пневмококка у пациентов пожилого и старческого возраста / О.Н. Ткачева, А.П. Переверзев, Н.К. Рунихина, Ю.В. Котовская // Русский медицинский журнал. Медицинское обозрение. — 2018. — № 1. — С. 2-4
6. Безопасность пациента / пер. с англ. под ред. Е. Л. Никонова. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. — 184 с.
7. Бланк КГО. Дополнительные материалы к проекту «Территория заботы» Минздрава России [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <https://www.rosminzdrav.ru/poleznye-resursy/proekt-territoriya-zaboty> (дата обращения: 05.12.2017).

8. В России создадут систему долговременного ухода за пожилыми и инвалидами [Электронный ресурс] // Медвестник : портал российского врача. — Режим доступа: <https://medvestnik.ru/content/news/V-Rossii-sozdadut-sistemu-dolgovremennogo-uhoda-za-pojilymi-i-invalidami.html> (дата обращения: 17.04.2019).
9. Всемирный доклад о старении и здоровье, 2016. Публикации Всемирной организации здравоохранения [Электронный ресурс]. — Режим доступа: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186463/10/9789244565049\\_rus.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186463/10/9789244565049_rus.pdf?ua=1) (дата обращения: 03.12.2017).
10. Габоян, Я.С. Контроль и оценка деятельности сестринского персонала лечебных отделений больницы : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.02.03 / Габоян Яна Сергеевна. — М., 2010. — 25 с.
11. Гериатрический патронаж / К. Консон, Е.В. Фролова, М. Гдалевич, И.В. Мочалова // Менеджмент качества в медицине. — 2019. — № 1. — С. 46–50.
12. Гериатрия: национальное руководство / под ред. О.Н. Ткачевой, Е.В. Фроловой, Н.Н. Яхно. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019. — 608 с.
13. Главатских, С.М. Факторы, влияющие на качество сестринской помощи в хирургическом корпусе многопрофильной больницы / С.М. Главатских // Актуальные вопросы современной медицины : сборник научных трудов по итогам межвузовской ежегодной заочной научно-практической конференции с международным участием. — Екатеринбург, 2014. — С. 158–163.
14. Гнатюк, О.П. Медицинская помощь лицам пожилого и старческого возраста. Проблемы и механизмы реализации стратегии на региональном уровне / О.П. Гнатюк // Вестник Росздравнадзора. — 2016. — № 4. — С. 25–30.
15. ГОСТ Р 52623.0-52623.4. Технологии выполнения простых медицинских услуг. — М. : Стандартинформ, 2015. — 88 с.
16. ГОСТ Р 53092-2008. Системы менеджмента качества. Рекомендации по улучшению процессов в учреждениях здравоохранения. — М. : Стандартинформ, 2009. — 78 с.

17. ГОСТ Р 53349-2009. Социальное обслуживание населения. Реабилитационные услуги гражданам пожилого возраста. Основные виды. — М. : Стандартинформ, 2010. — 10 с.
18. ГОСТ Р 54937-2012. Руководящие указания для разработчиков стандартов, направленные на удовлетворение потребностей пожилых людей и инвалидов. — М. : Стандартинформ, 2012. — 32 с.
19. ГОСТ Р 56819-2015. Надлежащая медицинская практика. Инфологическая модель. Профилактика пролежней. — М. : Стандартинформ, 2015. — 60 с.
20. Грачева, А.С. О комплексном подходе к оказанию медицинской и социальной помощи пожилым людям / А.С. Грачева // Вестник Росздравнадзора. — 2011. — № 1. — С. 4–11.
21. Грачева, А.С. Стандартизация медицинской помощи как часть системы управления качеством в здравоохранении / А.С. Грачева // Вестник Росздравнадзора. — 2010. — № 5. — С. 98–99.
22. Двойников, С.И. К проблеме повышения эффективности стратегического управления в здравоохранении / С.И. Двойников, С.В. Архипова // Медицинские технологии Оценка и выбор. — 2019. — №1. — С. 50–55.
23. Двойников, С.И. Как выиграть борьбу за сестринские кадры / С.И. Двойников // Главная медицинская сестра. — 2018. — № 8. — С. 30–36.
24. Двойников, С.И. Методологические аспекты оценки эффективности в здравоохранении / С.И. Двойников, С.В. Архипова // Менеджер здравоохранения. — 2018. — № 10. — С. 23–30.
25. Деменция.ру, Сайт о проблеме деменции для пациентов и их родственников [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://dementcia.ru/category/testyi-na-dementsiyu> (дата обращения: 05.12.2017).
26. Дьяченко, В.Г. Качество в современной медицине: монография / В.Г. Дьяченко. — Хабаровск : ГОУ ВПО Дальневосточный государственный медицинский университет Минздравсоцразвития России, 2007. — 490 с.

27. Единые подходы к проведению экспертизы качества медицинской помощи / М.А. Мурашко, Ю.А. Кондратьев, Н.О. Матыцин, О.Р. Швабский // Вестник Росздравнадзора. — 2016. — № 1. — С. 5–9.
28. Ерохина, Г.А. Особенности физиотерапии в комплексном лечении больных пожилого возраста / Г.А. Ерохина // Физиотерапия, бальнеология и реабилитация. — 2012. — № 1. — С. 39–41.
29. Жихарева, Н.А. Научное обоснование процессуальной модели управления качеством сестринской помощи : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.33 / Жихарева Наталья Алексеевна. — СПб., 2007. — 22 с.
30. Журавлев, Ю.И. Проблемы управления качеством независимой сестринской помощи на современном этапе / Ю.И. Журавлев, Е.В. Пальчук // Научные ведомости Белгородского государственного университета. Серия: Медицина. Фармация. — 2012. — № 10. — С. 95–101.
31. Информация Министерства труда и социальной защиты РФ от 23 августа 2017 г. «О заключении врача-гериатра по результатам КГО» [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/71651418/> (дата обращения: 16.04.2019).
32. Использование показателей качества жизни населения как интегрального критерия оценки эффективности медико-профилактических программ / В.С. Лучкевич, Г.Н. Мариничева, И.Л. Самодова [и др.] // Гигиена и санитария. — 2017. — № 4. — С. 319–324.
33. Калашников, К.Н. Доступность и качество медицинской помощи в контексте модернизации здравоохранения / К.Н. Калашников, О.Н. Калачикова // Экономические и социальные перемены: факты, тенденции, прогноз. — 2014. — № 2. — С. 130–142.
34. Камаева, Т.Р. Сестринское дело: сборник тестов с эталонами ответов в 2-х частях для студентов 3 курса очной формы обучения и студентов 4 курса заочной формы обучения по спец. 060109 – сестринское дело / Т.Р. Камаева,

- Ж.Е. Турчина, Н.Ю. Гришкевич // Красноярск : тип. КрасГМУ, 2011. — Ч. 1. — 150 с.
35. Карсанов, А.М. Безопасность медицинской деятельности как комплексная проблема / А.М. Карсанов, Н.В. Полунина // Вестник Росздравнадзора. — 2019. — № 6. — С. 30–35.
36. Киселева, Г.В. Распространенность гериатрических синдромов у пациентов врача общей практики / Г.В. Киселева, К.А. Рафальская // Российский семейный врач. — 2017. — Т 21, № 4. — С. 21–28.
37. Клинические рекомендации «Старческая астения» / О.Н. Ткачева [и др.] // Российский журнал гериатрической медицины. — 2014. — №1. — С. 11–46.
38. Консон, К. Мультидисциплинарный подход в гериатрии/ К. Консон, Е.В. Фролова, О.М. Костюкович // Вестник Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова. — 2018. — Т.10, № 4. — С. 49–54
39. Консон, К. Роль медицинской сестры в гериатрической практике/ К. Консон // Российский семейный врач. — 2017. — Т. 21, № 1. — С. 45–52.
40. Консон, К. Сестринская помощь в гериатрии: методические рекомендации / К. Консон Е.В. Фролова. — СПб. : Изд-во ФГБОУ ВО «Северо-Западный медицинский университет имени И.И. Мечникова» Минздрава РФ, 2019. — 133 с.
41. Контроль и оценка качества деятельности сестринского персонала ОГБУЗ «Тамбовская психиатрическая клиническая больница» [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://www.ogbuztpkb.ru/spetsialistam/sestrinskaya-deyatelnost/kontrol-i-otsenka-kachestva-deyatelnosti-sestrinskogo-personala.php> (дата обращения: 25.04.2018).
42. Кочубей, А.В. Качество медицинской помощи: теория / А.В. Кочубей // Менеджмент качества в медицине. — 2017. — Пилотный выпуск. — С. 44–49.

43. Куличенко, Л.Л. Характеристика соматической патологии у людей пожилого и старческого возраста / Л.Л. Куличенко, И.В. Ивахненко // Волгоградский научно-медицинский журнал. — 2012. — № 1. — С. 88–90.
44. Лапик, С.В. Типовые тестовые задания для итоговой государственной аттестации выпускников высших учебных заведений по специальности 060109 (040600) Сестринское дело / С.В. Лапик // — М.: ФГОУ ВУНМЦ Росздрава, 2009. — 267 с.
45. Лычев, В.Г. Сестринское дело в терапии с курсом первичной медицинской помощи. Руководство по проведению практических занятий / В.Г. Лычев, В.К. Карманов. — М. : ФОРУМИНФРА-М, 2014. — 281 с.
46. Манухина, Е.В. Роль стандартов в повышении эффективности здравоохранения и качества медицинской помощи [Электронный ресурс] / Е.В. Манухина, Г.Б. Артемьева // Социальные аспекты здоровья населения. — 2012. — № 5. — Режим доступа: <http://cyberleninka.ru/article/n/rol-standartov-v-povyshenii-effektivnosti-zdravoohraneniya-i-kachestva-meditsinskoj-pomoschi> (дата обращения: 06.12.2017).
47. Мелёхин, А.И. Алгоритм комплексной гериатрической оценки состояния здоровья в пожилом и старческом возрасте [Электронный ресурс] / А.И. Мелёхин // Клиническая и медицинская психология: исследования, обучение, практика. — 2016. — № 3. — Режим доступа: [http://medpsy.ru/climp/2016\\_3\\_13/article04.php](http://medpsy.ru/climp/2016_3_13/article04.php) (дата обращения: 08.05.2017).
48. Министерство здравоохранения РФ. Проект «Территория заботы» [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <https://www.rosminzdrav.ru/poleznye-resursy/proekt-territoriya-zaboty> (дата обращения: 16.04.2019).
49. Найговзина, Н.Б. О состоянии первичной медицинской помощи и перспективных направлениях ее развития/ Н.Б. Найговзина, В.Б. Филатов, М.А. Патрушев // Инфекционные болезни: Новости. Мнения. Обучение. — 2019. — Т. 8, № 4. — С. 8–16.

50. Национальный проект «Демография», Будущее России. Национальные проекты [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <https://futurerussia.gov.ru/demografiya> (дата обращения: 12.08.2019).
51. Некоторые вопросы алгоритмизации медицинской деятельности в современной гериатрической практике / И.С. Захарова, Е.А. Лысова, М.М. Киселевич, Е.В. Юдина // Актуальные проблемы медицины. — 2011. — № 4 (99). — С. 166–170.
52. Никитин, О.Л. Опыт ГУЗ «Гериатрический научно-практический центр» Самарской области в повышении качества оказания медицинской помощи пожилым гражданам и инвалидам региона / О.Л. Никитин, Д.О. Осокин, П.И. Романчук // Российский семейный врач. — 2010. — Т. 14, № 3. — С. 42–44.
53. Новокрещенова, И.Г. Роль сестринского персонала в системе оказания качественной медико-социальной помощи пожилым / И.Г. Новокрещенова, В.В. Чунакова // Саратовский научно-медицинский журнал. — 2012. — № 4. — С. 887–891.
54. Новокрещенова, И.Г. Удовлетворенность качеством сестринской помощи в стационарных учреждениях социального обслуживания / И.Г. Новокрещенова, В.В. Чунакова, И.К. Сенченко // Социология медицины. — 2013. — № 1. — С. 51–55.
55. Новокрещенова, И.Г. Управление качеством сестринской помощи в стационарных учреждениях, оказывающих медико-социальную помощь пожилым / И.Г. Новокрещенова, В.В. Чунакова, И.К. Сенченко // Врач-аспирант. — 2013. — № 4. — С. 453–463.
56. Опыт организации контроля качества сестринской деятельности в терапевтическом стационаре / В.В. Масляков, В.А. Левина, И.В. Романова, Н.М. Нехотящая // Фундаментальные исследования. — 2013. — № 9. — С. 404–408.
57. Организация долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами в городе Москве / Автономная некоммерческая организация «Научно-исследовательский медицинский центр «Геронтология»

- [Электронный ресурс]. — М., 2018. — Режим доступа: <http://www.gerontolog.info/docpdf/jul18/metod.pdf> (дата обращения: 17.01.2019).
58. Орлов, А.Е. Современные проблемы качества медицинской помощи (обзор литературы) [Электронный ресурс] / А.Е. Орлов // Вестник новых медицинских технологий. — 2015. — №1. — С. 4-1. — Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/sovremennye-problemy-kachestva-meditsinskoj-pomoschi-obzor-literatury> (дата обращения: 15.02.2019).
59. Основные клинические синдромы в гериатрической практике / С.Г. Горелик, А.Н. Ильницкий, Я.В. Журавлева [и др.] // Актуальные проблемы медицины. — 2011. — № 22 (117). — С. 100–104.
60. Остапенко, В.С. Распространенность и структура гериатрических синдромов у пациентов амбулаторно-поликлинических учреждений г. Москвы : дис. ... канд. мед. наук : 14.01.30 / Остапенко Валентина Сергеевна. — М., 2017.— 24 с.
61. Оценка профессиональной готовности медицинских работников к профилактически ориентированной деятельности / А.Н. Павлова, И.А. Мишкич, В.С. Лучкевич [и др.] // Гигиена и санитария. — 2017. — № 4. — С. 402–404.
62. Павлова, А.Н. Медсестринский персонал отделения функциональной диагностики / А.Н. Павлова, А.И. Петрова // Медицинская сестра. — 2010. — № 4. — С. 23–28.
63. Письмо Министерства здравоохранения РФ от 9 июня 2018 г. N 28-2/1223 «Об организации и проведении патронажа лиц старше трудоспособного возраста, в том числе инвалидов, маломобильных пациентов, пациентов, нуждающихся в оказании паллиативной медицинской помощи с привлечением волонтеров-медиков, студентов старших курсов высших учебных заведений и образовательных организаций среднего профессионального образования» [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <https://base.garant.ru/72084782/> / (дата обращения: 11.10.2018).

64. Полиморбидность в гериатрии / А.Л. Арьев, Н.А. Овсянникова, Г.Т. Арьева [и др.] // Практическая онкология. — 2015. — Т. 16, № 3. — С. 83–90.
65. Полиморбидность в пожилом возрасте и проблемы приверженности к фармакотерапии / Э.В. Фесенко, А.Г. Поведа, В.А. Поведа [и др.] // Научные ведомости Белгородского государственного университета. Серия: Медицина. Фармация. — 2012. — № 10. — С. 12–16.
66. Постановление Правительства РФ от 27 декабря 2019 г. N 1915 «О реализации в субъектах Российской Федерации пилотного проекта по вовлечению частных медицинских организаций в оказание медико-социальных услуг лицам в возрасте 65 лет и старше, являющимся гражданами Российской Федерации, в том числе проживающим в сельской местности» (с изменениями и дополнениями) [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <https://base.garant.ru/73364777/> (дата обращения: 12.01.2020).
67. Предложения по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации (стационаре) / ФГБУ ЦМИКЭЭ [Электронный ресурс]. — М., 2015. — Режим доступа: [http://www.cmkee.ru/activities/internal-control/?ELEMENT\\_ID=219](http://www.cmkee.ru/activities/internal-control/?ELEMENT_ID=219) (дата обращения: 05.12.2017).
68. Предложения по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в поликлинике / ФГБУ ЦМИКЭЭ [Электронный ресурс]. — Режим доступа: [http://www.cmkee.ru/activities/internal-control/?ELEMENT\\_ID=403](http://www.cmkee.ru/activities/internal-control/?ELEMENT_ID=403) (дата обращения: 05.12.2017).
69. Приказ Минздрава России от 10.02.2016 № 83н «Об утверждении Квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам со средним медицинским и фармацевтическим образованием» [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001201603110034> (дата обращения: 16.04.2019).
70. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 31 июля 2020 г. № 785н «Об утверждении Требований к организации и проведению внутреннего контроля

- качества и безопасности медицинской деятельности» [Электронный ресурс]. — <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/74610282/> (дата обращения: 18.11.2020).
71. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 26.10.2017 г. № 869н «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения» [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <https://minjust.consultant.ru/documents/37653> (дата обращения: 16.04.2019).
72. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 28.07.1999 № 297 «О совершенствовании организации медицинской помощи гражданам пожилого и старческого возрастов в Российской Федерации» (в редакции 2007г.) [Электронный ресурс]. — Режим доступа: [http://ogvv33.ru/images/content/doc/local/prikaz\\_mz\\_297\\_28.07.1999.pdf](http://ogvv33.ru/images/content/doc/local/prikaz_mz_297_28.07.1999.pdf) (дата обращения: 16.04.2019).
73. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 29.01.2016 г. № 38н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «гериатрия» с изменениями, утвержденными Приказом от 20.12.2019 г. № 1067н [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <https://mintrud.gov.ru/docs/8> (дата обращения: 28.01.2020).
74. Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ от 17.06.2019 г. № 413н «Профессиональный стандарт Врач-гериатр» [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <https://rosmintrud.ru/docs/government/173> (дата обращения: 26.08.2019).
75. Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ от 28.02.2019 г. № 128 «О реализации пилотного проекта по созданию системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами в пилотных регионах в 2019 году» [Электронный ресурс]. — Режим доступа: [https://tdip2.rnd.socinfo.ru/media/2019/10/21/1266149312/Prikaz\\_Mintruda\\_Rossii\\_ot\\_28.02.2019\\_N\\_128\\_O\\_realizacii\\_pil.pdf](https://tdip2.rnd.socinfo.ru/media/2019/10/21/1266149312/Prikaz_Mintruda_Rossii_ot_28.02.2019_N_128_O_realizacii_pil.pdf) (дата обращения: 28.12.2019).
76. Проблемные вопросы медико-социальной реабилитации лиц пожилого и старческого возраста на современном этапе / С.Н. Пузин, С.С. Меметов, Н.П.

- Шаркунов [и др.] // Физическая и реабилитационная медицина медицинская реабилитация. — 2019. — Т. 4, № 4. — С. 42–44.
77. Проблемы качества сестринской помощи (по результатам анкетирования пациентов и среднего медицинского персонала) [Электронный ресурс] / Н.Г. Петрова, С.Г. Погосян, А.А. Дронова [и др.] // Современные проблемы науки и образования. — 2015. — № 5. — Режим доступа: <https://rosmintrud.ru/docs/government/173> (дата обращения: 26.07.2017).
78. Распоряжение Правительства РФ от 5 февраля 2016 г. №164-р «Об утверждении Стратегии действий в интересах граждан старшего поколения в Российской Федерации до 2025 года» [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <https://rosmintrud.ru/docs/government/173> (дата обращения: 16.04.2019).
79. Роик, В.Д. Пожилые и стареющий социум России. Выбор модели жизнедеятельности / В.Д. Роик. — СПб. : ООО «Проспект», 2016. — 336 с.
80. Романычев, И.С. Ресурсный подход в социальной работе: к вопросу о социологическом осмыслении / И.С. Романычев // Развитие (Terra Humana). — 2012. — № 3. — С. 82–85.
81. Ронжина, Л.Г. Управление качеством сестринской помощи / Л.Г. Ронжина // Здравоохранение Чувашии. — 2008. — № 2. — С. 65–68.
82. Руководство по геронтологии и гериатрии / под ред. акад. РАМН, проф. В.Н. Ярыгина, проф. А.С. Мелентьева. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. — Т. 1. Основы геронтологии. Общая гериатрия. — 720 с.
83. Серпов, В.Ю. Создание гериатрической службы в России: опыт Санкт-Петербурга / В.Ю. Серпов // Вестник Росздравнадзора. — 2016. — № 4. — С. 36–42.
84. Система управления качеством медицинской помощи в медицинской организации / Д.В. Мелик-Гусейнов, В. Эмануэль, Л.А. Ходырева [и др.] // Медицинский алфавит. — 2019. — № 15. — С. 53–56.
85. Случевская, С.Ф. Международная система interRAI – современный инструмент для оценки качества работы и эффективности учреждений долговременной

- медико-социальной помощи / С.Ф. Случевская, Т.В. Бондаренко, Е.Ю. Майорова // Геронтология и гериатрия: достижения и перспективы : сборник научных работ Первой научно-практической конференции (18 марта 2016 г.) / под ред. д.м.н., доц. А.С. Башкирëвой. — СПб. : Альта Астра, 2016. — С. 69–71.
86. Совершенствование качества сестринской помощи в родильном комплексе / Н.Р. Исроилова, Д.М. Маматова, А.А. Тиллабоева, Л.К. Гафурова // Молодой ученый. — 2016. — №6. — С. 286–289.
87. Современная концепция развития гериатрической помощи в Российской Федерации // Российский геронтологический научно-клинический центр» РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России // 2016-2020, [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://rgnkc.ru/konsercia-geriatricheskoj-pomoshi> (дата обращения: 23.03.2020).
88. Соответствие организации системы здравоохранения и оказания медицинской помощи потребностям граждан пожилого и старческого возраста: аспекты социальной исключенности / С.Г. Максимова, О.Е. Ноянзина, М.М. Максимова, Д.А. Омельченко // Вестник Алтайского государственного аграрного университета. — 2016. — № 4. — С. 180–185.
89. Социальный портрет специалиста со средним медицинским образованием в современном здравоохранении / Е.Е. Алексеева, И.Г. Новокрещенова, В.В. Чунакова, И.В. Новокрещенов // Саратовский научно-медицинский журнал. — 2015. — № 3. — С. 237–242.
90. Стандарты медицинской помощи / Минздрав РФ / [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <https://www.rosminzdrav.ru/documents> (дата обращения: 05.08.2019).
91. Стародубов, В.И. Как анализировать системы здравоохранения и формировать стратегии / В.И. Стародубов, Г.Э. Улумбекова // Оргздрав: новости, мнения, обучение. — 2016. — № 1 (3). — С. 33–52.
92. Тельнова, Е.А. Качество оказания медицинской помощи как основная задача системы здравоохранения / Е.А. Тельнова // Вестник Росздравнадзора. — 2010. — №5. — С. 4–9.

93. Ткачева, О.Н. Современная концепция развития гериатрической помощи в Российской Федерации / О.Н. Ткачёва // Вестник Росздравнадзора. — 2016. — № 4. — С. 31–35.
94. Трифонова, Н.Ю. Оценка качества медицинской помощи в лечебно-профилактических учреждениях на современном этапе [Электронный ресурс] / Н.Ю. Трифонова, А.Р. Габриелян, К.И. Касапов // Социальные аспекты здоровья населения. — 2013. — № 5. — Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/otsenka-kachestva-meditsinskoj-pomoschi-v-lechebno-profilakticheskikh-uchrezhdeniyah-na-sovremennom-etape/viewer> (дата обращения: 17.04.2019).
95. Турушева, А.В. Расчет возрастных норм результатов кистевой динамометрии для здоровых людей старше 65 лет в Северо-Западном регионе России: результаты проспективно-когортного исследования «Хрусталь» / А.В. Турушева, Е.В. Фролова, Я.-М. Дегриз // Российский семейный врач. — 2017. — Т. 21, № 4. — С. 29–35.
96. Управление болью у пациентов с деменцией / К. Консон, Е.В. Фролова, З. Радомысльский, М. Гдалевич // Врач. — 2017. — № 6. — С. 8–11.
97. Уход за ослабленными пожилыми людьми. Российские рекомендации. — М. : Человек, 2018. — Режим доступа: <https://rosmintrud.ru/uploads/magic/ru-RU/Document-0-8452-src-1524828041.5337.pdf> (дата обращения: 17.01.2019).
98. ФГОС СПО по специальности 34.02.01 Сестринское дело (Приказ №502 от 12.05.2014) с изменениями, внесенными Минобрнауки РФ Приказом №754 от 24.07.2015. [Электронный ресурс]. — <http://docs.cntd.ru/document/420203141> (дата обращения: 16.04.2019).
99. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» [Электронный ресурс]. — Режим доступа: [http://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_121895/](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/) (дата обращения: 16.04.2019)
100. Федеральный закон от 28.12.2013 г. № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации» [Электронный ресурс]. —

- [http://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_156558/](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_156558/) (дата обращения: 16.04.2019).
101. Фролова, Е.В. Комплексная оценка состояния здоровья пожилого человека и возможности ее осуществления в общей врачебной практике / Е.В. Фролова, Е.М. Корыстина // Российский семейный врач. — 2010. — № 1. — С. 12–23.
  102. Фролова, Е.В. Уроки проекта «Хрусталь» / Е.В. Фролова // Российский семейный врач. — 2010. — № 3. — С. 6–7.
  103. Хабриев, Р.У. Государственные гарантии медицинской помощи / Р.У. Хабриев, В.М. Шипова, В.С. Маличенко. — М. : ГЭОТАР–Медиа, 2017. — 232 с.
  104. Харьков, Е.И. Пожилой пациент и артериальная гипертония: особенности течения и терапии (сообщение I) / Е.И. Харьков, Е.Л. Давыдов, А.В. Шульмин // Сибирское медицинское обозрение. — 2010. — № 3. — С. 3–8.
  105. Черемисина, Ж.Г. Оценка профессиональных компетенций сестринского персонала / Ж.Г. Черемисина // Медицинская сестра. — 2013. — № 5. — С. 44–46.
  106. Швец, Ю.Ю. Показатели и критерии качества в здравоохранении / Ю.Ю. Швец // Вестник МГПУ. Серия «Экономика». — 2019. — № 2. — С. 31–47.
  107. Шестопалова, Т.Н. Использование стандартных операционных процедур как одно из направлений обеспечения безопасности медицинской деятельности / Т.Н. Шестопалова, Т.В. Гололобова // Анализ риска здоровью. — 2018. — №2. — С. 129–137.
  108. Щитикова, О.Б. Организация оказания стационарной медицинской помощи больным пожилого и старческого возраста в Москве / О.Б. Щитикова, С.В. Иванов // Социальные аспекты здоровья населения. — 2016. — № 1. — С. 1–9. [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=25656913> (дата обращения: 05.12.2017).
  109. Этический кодекс медицинской сестры России // Общероссийская общественная организация «Ассоциация медицинских сестер России» [Электронный ресурс]. — Санкт-Петербург, 2010. — Режим доступа:

- [http://www.medsestre.ru/files/file/ethics\\_code\\_rna\\_icn.pdf](http://www.medsestre.ru/files/file/ethics_code_rna_icn.pdf) (дата обращения: 06.03.2018).
110. A Good Life in Old Age? Monitoring and Improving Quality in Long-term Care / OECD/European Commission (2013), OECD Health Policy Studies, OECD Publishing [Электронный ресурс]. — Режим доступа: [http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/a-good-life-in-old-age\\_9789264194564-en](http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/a-good-life-in-old-age_9789264194564-en) (дата обращения: 05.12.2017).
111. A Psychometric Analysis of the Patient Satisfaction with Nursing Care Quality Questionnaire An Actionable Approach to Measuring Patient Satisfaction / H.K. Laschinger, L. McGillis Hall, C. Pedersen, J. Almost // Journal of Nursing Care Quality. — 2005. — Vol. 20, Iss. 3. — P. 220–230.
112. Adjustment of Nursing Home Quality Indicators. [Электронный ресурс] / R.N. Jones, J. P. Hirdes, J.W. Poss [et al.] // BMC Health Services Research. — 2010. — Vol. 10. — Режим доступа: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2881673/> (дата обращения: 28.02.2019).
113. Baran, L. Predictive Validity of Three Fall Risk Assessment Tools in Nursing Home Residents in Turkey: A Comparison of the Psychometric Properties / L. Baran, U. Gunes // International Journal of Caring Sciences. — 2018. — Vol. 1, Iss. 1. — P. 36–44.
114. Bechtold, A. Key Concepts in Patient-Centered Care [Электронный ресурс] / A. Bechtold, S. Fredericks // American Nurse. — 2014. — Vol. 9, № 7. — Режим доступа: <https://www.americannursetoday.com/key-concepts-in-patient-centered-care/> (дата обращения: 05.03.2018).
115. Bland, M. An Introduction to Medical Statistics / M. Bland. — 3rd. ed. — Oxford : Oxford University Press, 2000. — 432 p.
116. Braverman, E. Reverse Mild Cognitive Impairment [Электронный ресурс] / E. Braverman, B. Scali, M. Reverse // Life extension magazine. — 2015. — Режим доступа: <https://www.lifeextension.com/magazine/2015/3/reverse-mild-cognitive-impairment/page-01> (дата обращения: 17.05.2019).

117. Care Homes for Older People [Электронный ресурс] / National Minimum Standards and The Care Homes Regulations 2001. — London : TSO, 2006. — Режим доступа: [https://www.dignityincare.org.uk/\\_assets/resources/dignity/csipcomment/csci\\_national\\_minimum\\_standards.pdf](https://www.dignityincare.org.uk/_assets/resources/dignity/csipcomment/csci_national_minimum_standards.pdf) (дата обращения: 05.12.2017).
118. Connecting the Dots: Formal and Informal Care / 2014 Senior Government Officials Meeting –10th of June 2014, Hyderabad // International Federation on Ageing (IFA) Senior Officials Meeting (SOM) Background Paper, 2014 [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://www.ifa-fiv.org/wp-content/uploads/2013/08/Connecting-the-Dots-Formal-and-Informal-Care-Senior-Government-Officials-Meeting-10th-June-2014.pdf> (дата обращения: 5.12.2017).
119. Consumer Satisfaction in Long-Term Care: State Initiatives in Nursing Homes and Assisted Living Facilities / J.L. Timothy, J.A. Lucas, N.G. Castle [et al.] // *The Gerontologist*. — 2003. — Vol. 43, Iss. 2. — P. 883–896
120. Davis, C.M. Prevalence and Incidence Studies of Pressure Ulcers in Two Long-Term Care Facilities in Canada / C.M. Davis, N.G. Caseby // *Ostomy Wound Manage.* — 2001. — Vol. 47, Iss. 11. — P. 28–34.
121. Development and Testing of Nursing Home Quality Indicators. [Электронный ресурс] / D.R. Zimmerman, S.L. Karon, G Arling, [et al.] // *Health Care Financing Review*. — 1995. — Vol. 16(4). — Режим доступа: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4193525/?report=classic> (дата обращения: 28.02.2019).
122. Donabedian, A. Evaluating the Quality of Medical Care 1966 / A. Donabedian // *Milbank Quarterly*. — 2005. — Vol. 83, Iss. 4. — P. 691–729.
123. Donabedian, A. Quality of care: problems of measurement. II. Some issues in evaluating the quality of nursing care / A. Donabedian // *American Journal of Public Health and the Nations Health*. — 1969. — Vol. 59, Iss. 10. — P. 1833–1836.
124. Donabedian, A. The Quality of Care How Can It Be Assessed? / A. Donabedian // *JAMA*. — 1988. — Vol. 260, Iss. 12. — P. 1743–1748.

125. Estabrooks, C.A. Practice Sensitive Quality Indicators in RAI-MDS 2.0 Nursing Home Data [Электронный ресурс] / C.A. Estabrooks, J.A. Knopp-Sihota, P.G. Norton // BMC research notes. — 2013. — Vol. 6, Iss. 1, Article number: 460. — Режим доступа: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3831872/> (дата обращения: 05.12.2017).
126. Evaluation of the Morse Fall Scale: Applicability in Chinese Hospital Populations / S.K.Y. Chow C.K.Y. Lai, T. K.S. Wong [et al.] // International Journal of Nursing Studies. — 2007. — Vol. 44, Iss. 4. — P. 556–565.
127. Exploring the Utility of the Nursing Role Effectiveness Model in Evaluating Nursing Contributions in Primary Health Care: A scoping review [Электронный ресурс] / J.A. Lukewich, J.E. Tranmer, M.C. Kirkland, A. J. Walsh // Nursing Open. — 2019. — Vol. 6, Iss. 3. — P. 685–697. — Режим доступа: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/nop2.281> (дата обращения: 10.06.2020).
128. Fall Risk Assessment Measures: An Analytic Review / K.L. Perell, A. Nelson, R.L. Goldman [et al.] // The Journals of Gerontology: Series A. — 2001. — Vol. 56, Iss. 12. — P. M761–M766.
129. Fall risk Assessment Tools for Use Among Older Adults in Long Term Care Settings: A Systematic Review of the Literature / S. Nunan, C.B. Wilson, T. Henwood, D. Parker // Australasian Journal on Ageing. — 2018. — Vol. 37, Iss. 1. — P. 23–33.
130. Fall Risk Assessment: Retrospective Analysis of Morse Fall Scale Scores In Portuguese Hospitalized Adult Patients / P.M.G. Sardo, C.S.O. Simoes, J.J.M Alvarelhao [et al.] // Applied Nursing Research. — 2016. — Vol. 31. — P. 34–40.
131. Fleming, M.O. An Imperative: Patient-Centered Care for Our Aging Population / M.O. Fleming, T.T. Haney // The Ochsner Journal. — 2013. — Vol. 13 (2). — P. 190–193.
132. Frijters, D.H. The Calculation of Quality Indicators for Long Term Care Facilities in 8 Countries (SHELTER project) [Электронный ресурс] / D.H. Frijters [et al.] // BMC Health Services Research. — 2013. — Vol. 13. — Режим доступа:

- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3716904/> (дата обращения: 02.03.2019).
133. Functional Decline in Nursing Home Residents: A Prognostic Study [Электронный ресурс] / J. Jerez-Roig, L.M. de Brito Macedo Ferreira, J.R.T. de Araújo, K.C. Lima // PLoS One. — 2017. — Vol. 12(5). — Режим доступа: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0177353> (дата обращения: 17.05.2019).
134. Functional Decline in Older Adults / C.S. Colón-Emeric, H.E. Whitson, J. Pavon, H. Hoenig // American family physician. — 2013. — Vol. 88, Iss. 6. — P. 388–394.
135. Future Development of Nursing Home Quality Indicators / G. Arling, R.L. Kane, T. Lewis, C. Mueller // The Gerontologist. — 2005. — Vol. 45, Iss. 2, — P. 147–156.
136. Geriatric Nursing Principles [Электронный ресурс]. Chapter I. The nursing process and geriatric assessment. — Режим доступа: <https://www.nurseslearning.com/courses/nrp/NRP1612/Section1/p01.html> (дата обращения: 05.12.2018).
137. Gerontological Nursing Competencies and Standards of Practice 2010/ Canadian Gerontological Nursing Association (CGNA) [Электронный ресурс]. — 2010. — Режим доступа: [http://www.cgna.net/uploads/CGNAStandardsOfPractice\\_English.pdf](http://www.cgna.net/uploads/CGNAStandardsOfPractice_English.pdf) (дата обращения: 05.12.2017).
138. Gerontological Nursing: Scope and Standards of Practice / American Nurses Association [Электронный ресурс]. — 2010. — Режим доступа: <https://www.nursingworld.org/practice-policy/scope-of-practice/> (дата обращения: 25.11.2017).
139. Gibson, S.J. Prevalence and Relevance of Pain in Older Persons / S.J. Gibson, D. Lussier // Pain Medicine. — 2012. — Vol. 12, Suppl. 2. — P. S23–S26.
140. Griggs, K. Geriatric Nursing Sensitive Indicators and Quality Nursing Care for the Older Person: a scoping review protocol / K. Griggs, R. Wiechula, L. Cusack // JBI

- Database of Systematic Reviews and Implementation Reports. — 2018. — Vol. 16, № 2. — P. 39–45.
141. Grooh, H. Providing Care Management with a Multidisciplinary Team: Managing Quality [Электронный ресурс] / H. Grooh // *Journal of aging life care*. — 2014. — Режим доступа: <http://www.aginglifecarejournal.org/providing-care-management-with-a-multidisciplinary-team-managing-quality> (дата обращения: 01.08.2017).
142. Instruments / interRAI/ [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://www.interrai.org/instruments/> (дата обращения: 05.12.2017).
143. Irvine, D. Linking Outcomes to Nurses' Roles in Health Care / D. Irvine, S. Sidani, L.M. Hall // *Nursing Economics*. — 1998. — Vol. 16, Iss. 2. — P. 58–64.
144. Jones, T. Outcome Measurement in Nursing: Imperatives, Ideals, History, and Challenges [Электронный ресурс] / T. Jones // *Online Journal of Issues in Nursing*. — 2016. — Vol. 21, № 2. — Режим доступа: <https://ojin.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Vol-21-2016/No2-May-2016/Outcome-Measurement-in-Nursing.html> (дата обращения: 20.04.2019).
145. Kajonius, P. Structure and Process Quality as Predictors of Satisfaction with Elderly Care/ Health and Social Care in the Community / P.J. Kajonius, A. Kazemi // *Health and Social Care in the Community*. — 2016. — Vol. 24, № 6. — P. 699–707.
146. Laforge, R.G. The Relationship of Vision and Hearing Impairment to One-Year Mortality and Functional Decline [Электронный ресурс] / R.G. Laforge, W.D. Spector, J. Sternberg // *Journal of Aging and Health*. — 1992. — Vol. 4, № 1. — Режим доступа: <https://doi.org/10.1177/089826439200400108> (дата обращения: 17.05.2019).
147. Lee, V. Nursing Sensitive Outcomes: The State of the Science / V. Lee ; ed. by D. Doran. — Sudbury : Jones & Bartlett Publishers, 2003. — P. 95–97.
148. Long-Term Care Facility Resident Assessment Instrument 3.0/User's Manual/Version 1.16/October 2018 [Электронный ресурс]. — Режим доступа:

- <https://downloads.cms.gov/files/1-MDS-30-RAI-Manual-v1-16-October-1-2018.pdf> (дата обращения: 05.12.2018).
149. Malnutrition in Elderly and its Relation to Depression / R. Al-Rasheed, R. Alrasheedi, R. A. Johani [et al.] // *International Journal of Community Medicine And Public Health*. — 2018. — Vol. 5, № 6. — P. 2156–2160.
150. Mandatory National Quality Improvement Systems Using Indicators: An Initial Assessment in Europe and Israel / A. Bramesfeld, M. Wensing, P. Bartels [et al.] // *Health Policy*. — 2016. — Vol. 120, Iss. 11. — P. 1256–1269.
151. Mohammed, A. Continuity of Care and Quality of Care - Inseparable Twin / A. Mohammed // *Oman Medical Journal*. — 2008. — Vol. 23, Iss. 3. — P. 147–149.
152. National Database of Nursing Quality Indicators – NDNQI [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <https://nursingandndnqi.weebly.com/ndnqi-indicators.html> (дата обращения: 24.05.2018).
153. Nobili, A. Multiple Diseases and Polypharmacy in the Elderly: Challenges for the Internist of the Third Millennium. [Электронный ресурс] / A. Nobili, S. Garattini, P.M. Mannucci // *Journal of Comorbidity*. — 2011. — Vol. 1. — Режим доступа: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5556419/> (дата обращения: 07.04.2019).
154. Nursing Home Abuse Center [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <https://www.nursinghomeabusecenter.com/nursing-home-injuries/falls-fractures/> (дата обращения: 09.11.2019).
155. Nursing Home Quality Initiative, Quality Measures/CMS.gov/Centers for Medicare & Medicaid Services [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <https://www.cms.gov/Medicare/Quality-Initiatives-Patient-Assessment-Instruments/NursingHomeQualityInits/MDS30RAIManual.html> (дата обращения: 17.02.2019).
156. Nursing Structure, Processes, and Patient Outcomes in Army Medical Centers / C.C. Kee [et al.] // *Western Journal of Nursing Research*. — 2005. — Vol. 27, Iss. 8. — P. 1040–1058.

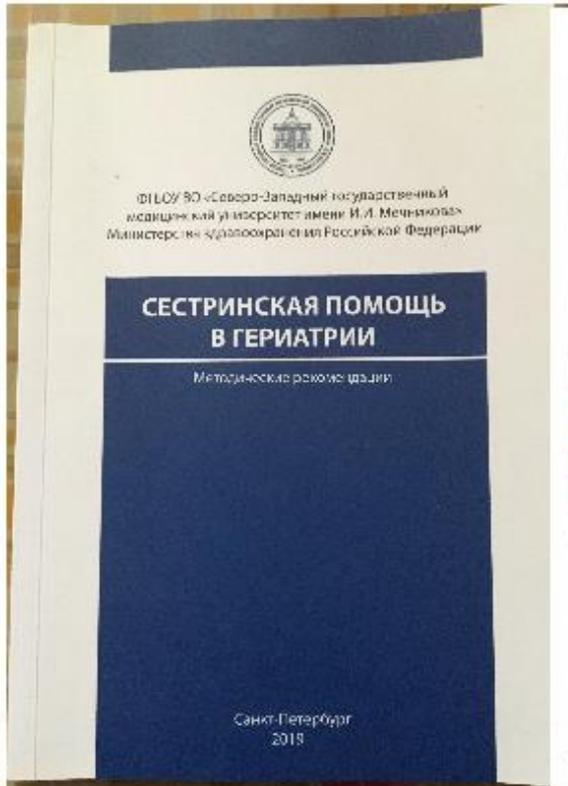
157. Oliver, D. Falls Risk-Prediction Tools for Hospital Inpatients. Time to put them to bed? / D. Oliver // *Age and Ageing*. — 2008. — Vol. 37, Iss. 3. — P. 248–250.
158. Outcome Indicators on Interprofessional Collaboration Interventions for Elderly. [Электронный ресурс] / G. Tsakitzidis, O. Timmermans, N. Callewaert [et al.] // *International Journal of Integrated Care*. — 2016. — Vol. 16, Iss. 2. — Режим доступа: <https://www.ijic.org/articles/10.5334/ijic.2017/#> (дата обращения: 06.03.2018).
159. Patient Satisfaction with Hospital Care and Nurses in England: An Observational Study [Электронный ресурс] / L.H. Aiken, D.M. Sloane, J. Ball [et al.] // *BMJ Open*. — 2017. — Vol. 8, Iss. 1. — Режим доступа: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5781188/> (дата обращения: 23.03.2019).
160. Patient Satisfaction with Nursing Care Quality Questionnaire – PSNCQQ /H.K.S. Laschinger, L. McGillis Hall, C. Pedersen & J. Almost (2005) ; Heather K. Laschinger Research Tools [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <https://www.uwo.ca/fhs/hkl/psncqq.html> (дата обращения: 15.06.2019).
161. Prevalence of Geriatric Syndromes Among People Aged 65 Years and Older at Four Community Clinics in Moscow / O.N. Tkacheva, N.K. Runikhina, V.S. Ostapenko [et al.] // *Clinical Interventions in Aging*. — 2018. — Vol. 13. — P. 251–259.
162. Process, Structural, and Outcome Quality Indicators of Nutritional Care in Nursing Homes: A Systematic Review [Электронный ресурс] / C. Lorini, B.R. Porchia, F. Pieralli, G. Bonaccorsi // *BMC Health Services Research*. — 2018. — Vol. 18, Iss. 2. — Режим доступа: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29373962> (дата обращения: 20.04.2019).
163. Quality Assurance. Ensuring Continuum of Care // State of Israel, Ministry of Health [Электронный ресурс]. — Режим доступа: [https://www.health.gov.il/English/Topics/Quality\\_Assurance/Patient\\_Safety/Pages/continuity.aspx](https://www.health.gov.il/English/Topics/Quality_Assurance/Patient_Safety/Pages/continuity.aspx) (дата обращения: 5.03.2018).

164. Rademakers, J. Structure, Process or Outcome: Which Contributes Most to Patients' Overall Assessment of Healthcare Quality? / J. Rademakers, D. Delnoij, D. Boer // *BMJ Quality and Safety*: — 2011. — Vol. 20, Iss. 4. — P. 326–331.
165. Raina, P. The Relationship between Sensory Impairment and Functional Independence among Elderly [Электронный ресурс] / P. Raina, M. Wong, H. Massfeller // *BMC Geriatr.* — 2004. — № 4. — Режим доступа: <https://growkudos.com/publications> (дата обращения: 17.05.2019).
166. Rao, T.S. Standard Operating Procedures for Clinical Practice [Электронный ресурс] / T.S. Rao, R. Radhakrishnan, C. Andrade // *Indian Journal of Psychiatry*. — 2011. — Vol. 53, Iss. 1. — Режим доступа: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3056180/> (дата обращения: 05.12.2017).
167. Risk Factors for Malnutrition in Older Adults: A Systematic Review of the Literature Based on Longitudinal Data / N.C. Fávaro-Moreira, S. Krausch-Hofmann, C. Matthys [et al.] // *Advances in nutrition*. — 2016. — Vol. 7, Iss. 3. — P. 507–522.
168. SNF Quality Reporting Program Public Reporting/CMS.gov/Centers for Medicare & Medicaid Services [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <https://www.cms.gov/Medicare/Quality-Initiatives-Patient-Assessment-Instruments/NursingHomeQualityInits/Skilled-Nursing-Facility-Quality-Reporting-Program/SNF-Quality-Reporting-Program-Public-Reporting.html> (дата обращения: 17.02.2019).
169. State of Israel Ministry of Health Publications Circulars & Procedures (Hebrew) [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <https://www.health.gov.il/Services/Pages/NoticesAndRegulations.aspx> (дата обращения: 05.12.2017).
170. The 3 Types of Nursing Sensitive Indicators, November 2, 2011//The Sentinel Watch [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <https://www.americansentinel.edu/blog/2011/11/02/what-are-nursing-sensitive-quality-indicators-anyway> (дата обращения: 20.04.2019).

171. The Impact of Multisite Pain on Functional Outcomes in Older Adults: Biopsychosocial Considerations [Электронный ресурс] / К.А. Butera, S.R. Roff , T.W. Buford, Y. Cruz-Almeida // Journal of Pain Research. — 2019. — Vol. 12. — Режим доступа: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30992680> (дата обращения: 17.05.2019).
172. Todd, C. What are the Main Risk Factors for Falls among Older People and what are the Most Effective Interventions to Prevent these Falls? [Электронный ресурс] / C. Todd, D. Skelton // Health Evidence Network report. — 2004. — Режим доступа: <http://www.euro.who.int/document/E82552.pdf> (дата обращения: 17.05.2019).
173. WHO Global Health Observatory (GHO) data [Электронный ресурс]. Healthy life expectancy (HALE) at birth, situation. — Режим доступа: [https://www.who.int/gho/mortality\\_burden\\_disease/life\\_tables/hale/en/](https://www.who.int/gho/mortality_burden_disease/life_tables/hale/en/) (дата обращения: 15.04.2019).
174. Why Quality Measures Matter for Nurses / Inside Battelle posted by Darryl Roberts on May 10, 2017 [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <https://inside.battelle.org/blog-details/why-quality-measures-matter-for-nurses> (дата обращения: 20.04.2019).
175. World Population Ageing Highlights, Department of Economic and Social Affairs, United Nations New York, 2017, Annex table 1 [Электронный ресурс]. — Режим доступа: [https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WPA2017\\_Highlights.pdf](https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WPA2017_Highlights.pdf) (дата обращения: 16.04.2019).

## Приложение А

### Методические рекомендации Сестринская помощь в гериатрии



Министерство здравоохранения РФ Министерство труда и социальной защиты РФ	
Утверждаю Заместитель министра труда и социальной защиты Российской Федерации   С.В. Петрова « 20 » _____ 2019	Утверждаю Заместитель министра здравоохранения Российской Федерации   Т.В. Семенова « 20 » _____ 2019
Составлено Главной внештатной гериатр Министрства здравоохранения Российской Федерации   Н.К. Рункина « 20 » _____ 2019	

#### МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

**Учреждение-разработчик:** Федеральное государственное бюджетное учреждение высшего образования «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова» Министерства здравоохранения Российской Федерации города Санкт-Петербурга.

**Составители:** прикрепленный исследователь кафедры семейной медицины СЗГМУ им. И.И. Мечникова г. Санкт-Петербурга, супервизор по гериатрическому сестринскому уходу Южного Округа Департамента Министерства здравоохранения Израиля К. Консон и доктор медицинских наук, профессор кафедры семейной медицины СЗГМУ им. И.И. Мечникова г. Санкт-Петербурга Е.В. Фролова.

**Рецензенты:** кандидат медицинских наук, доцент кафедры гериатрии, пропедевтики и управления в сестринской деятельности СЗГМУ им. И.И. Мечникова г. Санкт-Петербурга Г.М. Подопригора и доктор медицинских наук, заместитель директора Российского геронтологического научно-клинического центра, Главный внештатный специалист-гериатр Департамента здравоохранения Правительства Москвы Н.К. Рункина.

**Предназначение:** Данные Методические рекомендации предназначены для медицинских сестер гериатрического профиля, а также для руководителей гериатрических подразделений в учреждениях разного типа Министерства здравоохранения РФ и руководителей социальных учреждений для пожилых людей Министерства труда и социальной защиты РФ.

Документ подробно описывает принципы работы и задачи медсестер, заботящихся с пожилыми людьми, независимо от формы собственности и ведомственной принадлежности учреждения. Методические рекомендации разработаны с целью создания методической разработки для стандартных операционных процедур гериатрических медсестер в каждом конкретном учреждении. Выполнение стандартных операционных процедур является важнейшим критерием качественной работы медсестер.

Таблица А 1- Основные виды деятельности медицинской сестры в гериатрическом учреждении долговременного пребывания (фрагмент методических рекомендаций «Сестринская помощь в гериатрии»)

<b>1.</b>	<b>Работа в МДК</b>
	Функциональные нарушения и хронические заболевания, развивающиеся в пожилом возрасте, требуют одновременного внимания к пожилому человеку со стороны нескольких специалистов, образующих мультидисциплинарный коллектив (лечащий врач, медсестра, социальный работник, физио- и эрготерапевты, диетологи, фармацевты, специалисты по ЛФК, логопеды, психологи, психиатры и пр.)
1.1.	Деятельность мультидисциплинарной команды (МДК) направлена на реабилитацию и поддержку пожилых людей, нуждающихся в медицинской и социальной помощи.
1.2.	Медсестра должна принимать активное участие в работе мультидисциплинарной команды (МДК), участвующей в реабилитации/долговременном уходе за пациентом, в том числе в качестве ее организатора, обеспечивая регулярное наблюдение пациента членами МДК.
1.3.	Как организатор работы МДК, медсестра обеспечивает пациенту возможность консультаций с необходимыми специалистами, а членам МДК – возможность совместного обсуждения планов реабилитации/долговременного ухода и принятия решений о необходимых вмешательствах.
1.4.	Как организатор работы МДК, медсестра ответственна за регулярное и своевременное проведение мультидисциплинарного совета (МДС) для обсуждения и корректировки планов ведения пациентов.
1.5.	Дата проведения МДС, а также все решения, планы и действия членов МДК должны фиксироваться в документации.
1.6.	При необходимости медсестра обменивается информацией с членами МДК очно, используя телефон или с помощью современных средств связи (интернета).
1.7.	Медсестра обсуждает действия по реабилитации пациента, согласует их с врачом и другими членами МДК в пределах своей компетенции.
<b>2.</b>	<b>Прием нового пациента</b>
.	Перемещение пожилого человека из дома в учреждение долговременного пребывания может восприниматься им и его родственниками весьма болезненно. Для облегчения процесса этой жизненно важной перемены в жизни пожилого человека персоналу следует действовать бережно и профессионально. Процесс адаптации к новым условиям должен осуществляться при участии членов семьи пациента и/или других, значимых для него людей.
2.1.	При поступлении нового пациента его размещение в учреждении осуществляется медицинской сестрой по согласованию с руководителем учреждения.
2.2.	Размещение нового пациента в учреждении производится с учетом информации о его состоянии (немобильный, нуждается в постоянном уходе и наблюдении, имеет когнитивные нарушения и т.п.), содержащейся в сопроводительном медицинском заключении.
2.3.	Процесс размещения нового пациента, включая координацию действий необходимых служб и информирование старшей медсестры отделения, определяемого для проживания поступившего пациента, является зоной ответственности сестринской администрации учреждения.

## Продолжение таблицы А1

<b>2.</b>	<b>Прием нового пациента</b>
2.4.	<p>При поступлении в отделение с новым пациентом проводится ознакомительная беседа. Беседу проводит старшая или, по ее поручению, дежурная медсестра (далее – медсестра) отделения. Медсестра представляется пациенту и знакомится с ним и его семьей (или другими сопровождающими пациента лицами), а также:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• информирует пациента и сопровождающее лицо о внутреннем распорядке учреждения;</li> <li>• информирует о порядке проведения первичного и последующих сестринских и врачебных обследований, подчеркивая необходимость получения сведений обо всех важных обстоятельствах жизни пациента и о необходимости проведении регулярного скрининга основных функций;</li> <li>• информирует о составе мультидисциплинарного коллектива (МДК), принимающего участие в наблюдении пациента (врач, медсестра, сотрудник, младший персонал и др.);</li> <li>• договаривается о возможных способах коммуникации с родственниками на случай особых обстоятельств (по телефону или с помощью интернета).</li> </ul>
<b>3.</b>	<b>Обследование пациента</b>
	<p>Пожилой возраст характеризуется множественностью расстройств, как функциональных, так и вызванных социальными факторами (изоляция и финансовой несостоятельностью) или нарушениями психики.</p> <p>Оценка состояния пожилых людей, как правило, отличается от стандартного медицинского осмотра. У очень пожилых людей, особенно немощных, сбор анамнеза и обследование могут быть произведены в несколько приемов, так как такие пациенты быстро утомляются.</p>
3.1.	Первичное обследование нового пациента проводится сразу после его поступления в учреждение. Допускается проведение предварительного обследования в месте жительства пациента до его поступления в учреждение.
3.2.	При обследовании медсестра проводит сбор анамнеза: опрос пациента, установление физических показателей и скрининг основных функций.
3.3.	Дополнительно медсестра отмечает в документации сведения об особенностях поведения (включая особенности сна и засыпания, питания, гигиены, возможных расстройств коммуникации и пр.), привычках и увлечениях пациента.
3.4.	В случае недостаточности времени на сбор необходимого анамнеза, в том числе по причине утомленности пациента, обследование может быть продолжено позже.
3.5.	Результаты обследования сообщаются врачу для вынесения заключения о состоянии пациента в зависимости от выявленных физических, функциональных, психоэмоциональных показателей. В случае необходимости, медсестра проводит по указанию врача дополнительный углубленный выборочный скрининг для уточнения проблем пациента, используя соответствующие оценочные шкалы.
3.6.	По окончании первичного обследования медсестра фиксирует в документации его результаты, выявленные проблемы, сообщает о них врачу и, в соответствии с его назначениями, планирует и в дальнейшем осуществляет необходимые вмешательства в пределах своей компетенции, фиксируя в документации реакцию на них пациента.
3.7.	Медсестра информирует пациента и его родственников о целях и порядке проведения назначенных врачом вмешательств и дает соответствующие инструкции помощникам по уходу.
3.8.	В случае поступления нового пациента после выписки из стационара, медсестра принимает во внимание сведения из выписного эпикриза.

## Продолжение таблицы А1

<b>4.</b>	<b>Осуществление сестринского ухода</b>
	Сестринский уход в учреждениях долговременного пребывания направлен на поддержание всех аспектов качества жизни пожилого человека. Медсестра помогает врачу, выполняя его предписания, а также в пределах своей компетенции принимает ответственные решения в отношении своих пациентов на основе регулярного мониторинга их состояния.
4.1.	Сестринский уход за пациентами осуществляется в виде <ul style="list-style-type: none"> <li>• выполнения врачебных назначений, включая своевременное обеспечение пациентов медикаментами,</li> <li>• регулярного мониторинга состояния (например, один раз в три месяца) с использованием соответствующих оценочных шкал в пределах компетенции медсестры с целью динамического наблюдения за показателями <ul style="list-style-type: none"> <li>– физическими (показателями жизненно-важных функций) – масса и температура тела, артериальное давление, сахар крови и пр.</li> <li>– болевого синдрома</li> <li>– функционального статуса (способность самообслуживания)</li> <li>– нутритивного статуса (питания)</li> <li>– психоэмоционального статуса</li> </ul> </li> </ul>
4.2.	Медсестра осуществляет контроль состояния пациентов и оказание им сестринской помощи при <ul style="list-style-type: none"> <li>• обострении хронических заболеваний,</li> <li>• неотложных состояниях и инцидентах (обработка ран, инъекции и другие необходимые сестринские манипуляции),</li> <li>• терминальных состояниях (оказание пациентам паллиативной помощи).</li> </ul>
<b>5.</b>	<b>Поддержание надлежащих условий реабилитации/долговременного ухода</b>
	Правильно организованная социальная и визуальная среда, в которой находятся пациенты, оказывает положительное воздействие на их социальные навыки, чувство собственного достоинства и качество жизни. Необходимо, чтобы окружающая пациентов среда способствовала поддержанию их ограниченных возможностей на оптимальном уровне. Учреждение должно в максимально возможной степени стать для пациентов «домом» с соответствующей обстановкой уюта и домашнего тепла.
5.1.	Медсестра должна заботиться о благоприятной для пациентов «домашней» обстановке в помещениях, контролируя создание соответствующей визуальной среды (репродукции картин, домашние растения и пр.) и побуждая родственников приносить окружавшие пациентов дома личные вещи.
5.2.	Медсестра должна заботиться об отсутствии в окружающей среде физических препятствий, подвергающих риску безопасность пациента, контролируя наличие в помещениях специальных ограждений и опор, облегчающих возможные трудности перемещения пациентов.
5.3.	Медсестра должна принимать меры к сохранению у пациентов со сниженными когнитивными функциями правильной ориентации в пространстве и во времени, контролируя использование для этих целей различных рисунков, пиктограмм, разметки контрастных цветов, настенных календарей, часов и пр.
5.4.	Медсестра должна заботиться о сохранении в помещениях свежего воздуха комфортной температуры, тишины, чистоты и покоя.
5.5.	Медсестра должна заботиться о поддержании для пациентов обстановки конфиденциальности при проведении медицинских манипуляций (отдельные помещения, ширмы).

## Продолжение таблицы А1

<b>6.</b>	<b>Контроль безопасности</b>
	Ограниченные функциональные возможности способствуют особенной уязвимости пожилых людей при нарушении безопасности. Медсестра должна принимать участие в обеспечении клинической, инфекционной, физической и информационной безопасности пациентов.
6.1.	Клиническая безопасность
	Иммунитет пожилого человека снижен, что провоцирует немало заболеваний. Кроме того, пожилые люди часто страдают несколькими заболеваниями, в том числе хроническими. Лечение этих заболеваний – трудная задача из-за особенностей организма пожилых людей, связанных с реакцией на медикаменты.
6.1.1.	При проведении сестринских манипуляций (особенно инвазивных процедур и лекарственной терапии) медсестра должна быть уверенной <ul style="list-style-type: none"> <li>• в правильной идентификации пациента,</li> <li>• в наличии соответствующего письменно подтвержденного назначения врача,</li> <li>• в своевременном использовании правильного препарата,</li> <li>• в правильной дозировке и способе введения.</li> </ul>
6.1.2.	Медсестра должна учитывать индивидуальную чувствительность пациента к проводимым вмешательствам (во избежание причинения боли, осложнений, травмирования, повреждения и инфицирования тканей, аллергических реакций и пр.).
6.1.3.	В случае необходимости, при острых состояниях пациента медсестра организует медицинскую помощь в виде <ul style="list-style-type: none"> <li>• внешних консультаций соответствующих специалистов,</li> <li>• необходимых дополнительных обследований (включая проводимые амбулаторно за пределами учреждения) – по указанию врача,</li> <li>• госпитализации пациента в стационар больницы.</li> </ul>
6.1.4.	Решение о госпитализации пациента в стационар принимает врач, однако в случае невозможности быстрого получения его санкции, медсестра направляет пациента в стационар самостоятельно, если она считает это необходимым, с целью спасения жизни или недопущения необратимого вреда здоровью пациента. Медсестра должна известить врача о факте госпитализации пациента при первой возможности.
6.1.5.	Медсестра должна иметь возможность связи (24/7/365) с бригадами скорой и неотложной помощи и медицины катастроф, а также – с организациями, обеспечивающими сантранспорт для госпитализации или перевозки пациентов.
6.1.6	В случае госпитализации пациента медсестра должна <ul style="list-style-type: none"> <li>• объяснить ему необходимость лечения в стационаре, а также проинформировать его родственников о факте, целях, условиях и организации госпитализации,</li> <li>• снабдить пациента подробным медицинским заключением (к медицинским документам медсестре рекомендуется приложить сопроводительное письмо по поводу необходимости и особенностей ухода за пациентом),</li> <li>• снабдить необходимыми личными вещами (слуховой аппарат, очки, зубные протезы, тапочки и пр),</li> <li>• организовать сопровождение пациента в стационар (родственники или работник учреждения),</li> <li>• узнавать о состоянии госпитализированного пациента, по крайней мере, один раз в три дня.</li> </ul>

## Продолжение таблицы А1

<b>6.</b>	<b>Контроль безопасности</b>
6.1.7.	При выписке пациента из стационара медсестра должна оценить соответствие его клинического статуса (по выписному эпикризу) возможности дальнейшего пребывания в учреждении и, в случае необходимости, инициировать его перевод на другой уровень медицинского обслуживания.
6.1.8.	Медсестра должна осмотреть пациента после его возвращения из стационара и сделать соответствующие записи в документации.
6.1.9.	Медсестра должна обратиться к врачу за получением новых инструкций по лечению пациента после выписки из стационара.
6.2.	Физическая безопасность (профилактика травмоопасных происшествий и случаев падений пациентов)
	Нарушения функционального статуса пожилых людей приводят к частым падениям. Наиболее частой травмой при падениях пожилых людей является перелом шейки бедра, приводящий к госпитализации и, во многих случаях – к последующей потере способности самостоятельного передвижения. Даже при отсутствии травм в результате падения у пожилого человека могут развиваться потеря уверенности в себе, социальная самоизоляция, дезориентация, чувство одиночества, депрессия. Следствием неоднократных падений может быть появление синдрома страха повторного падения – сочетания депрессии, постоянной боязни упасть и других психологических расстройств.
6.2.1.	Медсестра должна выявить физические источники опасностей в окружающей пациентов обстановке (отсутствие опор, ограждений кроватей, скользкий пол, плохое освещение и пр.), а также – персональные для каждого пациента факторы риска (воздействие лекарств, неподходящая обувь, нарушения зрения, нарушения питания, когнитивные нарушения, патология ног и пр.).
6.2.2.	Выявленные персональные обстоятельства должны быть отмечены в документации и учтены при проведении сестринского ухода, а опасности окружающей обстановки должны быть доведены медсестрой до сведения ответственного представителя администрации отделения.
6.2.3.	Медсестра должна контролировать возможные чрезвычайные происшествия (диспозиция катетера или повязки, потеря протеза и пр.) и принимать меры для их предотвращения.
6.2.4.	При уходе за пациентами с высоким риском падений медсестре следует предусмотреть: <ul style="list-style-type: none"> <li>• использование идентификационных браслетов,</li> <li>• размещение пациентов вблизи сестринского поста,</li> <li>• использование кресел-каталок для перемещения,</li> <li>• сопровождение персоналом при передвижении.</li> </ul>
6.2.5.	Случаи падений и любого травмирования пациентов должны <ul style="list-style-type: none"> <li>• фиксироваться в документации и доводиться до сведения лечащего врача,</li> <li>• анализироваться на ближайших собраниях сестринского персонала и МДК с целью предотвращения подобных ситуаций в будущем,</li> <li>• доводиться медсестрой до сведения родственников пациента с целью взаимодействия в вопросе обеспечения его безопасности.</li> </ul>
6.2.6.	В чрезвычайных обстоятельствах (при пожаре, взрыве, стихийных бедствиях и т.п.) медсестра должна срочно связаться с бригадой медицины катастроф и принять действенные меры для эвакуации пациентов в безопасное место.

## Продолжение таблицы А1

<b>6.</b>	<b>Контроль безопасности</b>
6.3.	Инфекционная безопасность
	Бактериальные и вирусные инфекции представляют особую опасность для пожилых людей из-за возрастного снижения иммунитета. Инфекции у пожилых людей возникают даже при кратковременном контакте с возбудителем, протекают гораздо тяжелее, чаще сопровождаются осложнениями и могут даже привести к летальному исходу.
6.3.1.	На территории учреждения медсестра должна находиться в униформе и сменной обуви. Кроме того, следует обеспечить отсутствие предметов украшений на руках (браслеты, кольца, перстни), накладных ногтей, маникюра с длинными ногтями и т.д.
6.3.2.	Медсестра должна контролировать соблюдение персоналом правил гигиены и обработки рук во всех случаях: до и после контакта с пациентом, перед выполнением антисептических процедур, после контакта с биологическими жидкостями пациента, после контакта с предметами из окружения пациента, после снятия стерильных или нестерильных перчаток, после контакта «с собой», после снятия средств индивидуальной защиты.
6.3.3.	Медсестра должна контролировать наличие в учреждении действующих дозаторов с антисептиком для дезинфекции рук (при входе в комнаты пациентов и во всех местах, где имеется риск контакта с инфекцией).
6.3.4.	Медсестра должна контролировать обеспечение надлежащего санитарного состояния помещений учреждения (общественных помещений, жилых комнат пациентов, санузлов, кухни).
6.3.5.	При работе со стерильными материалами медсестра должна контролировать соответствие их использования условиям и срокам хранения, соблюдением антисептики.
6.3.6.	При проведении сестринских манипуляций медсестра не должна допускать инфицирования пациентов (катетеризация мочевого пузыря, уход за послеоперационной раной, уход за пролежнями и пр.).
6.3.7.	Медсестра должна организовывать изоляцию пациентов с инфекциями, передающимися воздушно-капельным путем и с другими опасными контагиозными инфекциями.
6.3.8.	При уходе за пациентами, требующими изоляции, медсестра должна использовать индивидуальные средства защиты (стерильные и нестерильные перчатки, маски, респираторы, халаты, фартуки и пр.).
6.4.	Информационная безопасность
	Разглашение данных о состоянии здоровья и диагнозе может причинить пожилому человеку непоправимый вред и привести к его социальной изоляции (например, в случае проблем недержания или когнитивных нарушений) или стать средством достижения корыстных целей (при имущественных или наследственных притязаниях).
6.4.1.	При необходимости предоставления третьим лицам (не связанным с уходом за пациентом) сведений о персональных данных пациента, медсестра должна обеспечить получение соответствующего информированного согласия пациента или его законного представителя (кроме случаев, предусмотренных ст.13 ФЗ 323 "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации").

## Продолжение таблицы А1

<b>6.</b>	<b>Контроль безопасности</b>
6.4.2.	Медсестра должна обеспечить хранение персональной информации о пациентах в условиях ограниченного доступа (закрытые помещения или шкафы – для бумажных документов, система специальных программ и паролей – для электронных документов).
<b>7.</b>	<b>Общение медсестры с пациентом и его родственниками</b>
	Проблемы с вербальной коммуникацией могут возникать у пожилых людей при различных патологиях или при нормальных возрастных изменениях. У многих пожилых людей затормаживается мышление, появляются трудности в формулировании своих мыслей, ослабляется контроль над реакциями. Пожилой человек может быть раздражительным, нервным и агрессивным, плохое самочувствие или проблема со слухом могут заставить его замкнуться в себе, вызвать нежелание говорить с окружающими.
7.1.	В процессе первичного обследования при поступлении нового пациента медсестра должна оценить его возможные проблемы с общением (речевые расстройства, тугоухость, когнитивные нарушения) и указать их в документации.
7.2.	В случае затруднений с вербальной коммуникацией с пациентом медсестра должна предусмотреть при уходе альтернативные способы общения с ним (жесты, знаки, рисунки, письменные обращения и пр.).
7.3.	При проведении периодических обследований пациентов с трудностями вербальной коммуникации медсестра должна оценивать и отражать в документации возможный прогресс в реакциях пациента.
7.4.	Старшая медсестра отделения должна проводить регулярные приемы родственников пациента с целью обсуждения возникающих проблем, включая обоюдную оценку ожиданий результатов реабилитации/долговременного ухода.
7.5.	Факты проведения и содержание бесед с родственниками, включая вводную беседу при поступлении нового пациента, должны отмечаться в документации.
<b>8.</b>	<b>Контроль психоэмоционального состояния – поддержание социальной активности</b>
	Изменение условий жизни в связи с перемещением в учреждение ведет к потере привычного круга общения и социальных контактов пожилого человека. Даже самые комфортные условия проживания не могут заменить пожилым людям внимания близких людей, а общение, ощущение «нужности» и связь с внешним миром так же необходимы им, как пища и кров. Задача персонала – обеспечение адаптации к новым условиям жизни, создание позитивной жизненной установки и продление периода активного долголетия.
8.1.	Медсестра должна обращаться к пациенту по имени и отчеству, не допуская фамильярностей и проявляя по отношению к нему максимум такта и уважения.
8.2.	Медсестра должна приветствовать пациентов при встрече и интересоваться их самочувствием и настроением.
8.3.	При контактах с пациентами медсестре следует терпеливо выслушивать их, не демонстрируя свое недовольство и желание закончить разговор. При разговоре рекомендуется располагаться на одном уровне с пациентом (присесть у его кровати или кресла, подвинуться поближе).
8.4.	При проведении любых вмешательств в процессе сестринского ухода медсестра должна объяснять пациенту цель и способ проведения манипуляций, получать его согласие и добиваться его содействия.

## Продолжение таблицы А1

<b>8.</b>	<b>Контроль психоэмоционального состояния – поддержание социальной активности</b>
8.5.	Старшая медсестра отделения должна содействовать посещениям пациента родственниками и близкими людьми, а в некоторых случаях и при соответствующем состоянии здоровья – отпускать пациента под их ответственность за пределы учреждения.
8.6.	Факты посещения и/или других контактов пациента с родственниками должны отмечаться в документации.
8.7.	Старшая медсестра отделения совместно с другими членами МДК (соцработник, эрготерапевт) должна уделять внимание поддержанию социальной активности пациентов, поощряя <ul style="list-style-type: none"> <li>• посещение пациентов волонтерами, организацию ими концертов, лекций и других досуговых мероприятий,</li> <li>• организацию досуга пациентов (чтение книг, журналов и газет, просмотр и обсуждение телепередач, праздничные мероприятия, поздравления с днем рождения и пр.),</li> <li>• привлечение пациентов к посильной трудовой деятельности (трудотерапия) и организацию выставок их работ,</li> <li>• увлечения (хобби) пациентов,</li> <li>• взаимные дружеские контакты пациентов,</li> <li>• соблюдение пациентами религиозных обрядов.</li> </ul>
<b>9.</b>	<b>Контроль личной гигиены пациентов</b>
	Личная гигиена – одна из фундаментальных основ поддержания здоровья человека. Многие пожилые люди страдают от ограниченности своих возможностей и нарушения способности соблюдать гигиену самостоятельно. Помощь в реализации гигиенических потребностей тем пациентам, которые не могут делать это самостоятельно, является частью базового сестринского гериатрического ухода.
9.1.	Гигиенические процедуры включают: одевание, умывание, купание, причесывание, бритье, уход за ногтями, чистку зубов и уход за зубными протезами пациентов (их очищение, дезинфекция, хранение и защита от повреждений).
9.2.	При поступлении нового пациента медсестра должна отметить в документации все нарушения его способности к самообслуживанию и потребности в помощи при совершении гигиенических процедур.
9.3.	В зависимости от состояния и возможностей пациента, а также для поддержания его навыков медсестра должна побуждать пациента к выполнению гигиенических процедур самостоятельно.
9.4.	Медсестра должна контролировать наличие у пациентов <ul style="list-style-type: none"> <li>• всех необходимых аксессуаров для выполнения гигиенических процедур,</li> <li>• подходящей одежды (и ее смены) и обуви.</li> </ul>
9.5.	Помощь пациентам в проведении гигиенических процедур может оказываться помощниками по уходу с сохранением ответственности медсестры за качество и порядок их выполнения

## Продолжение таблицы А1

<b>9.</b>	<b>Контроль личной гигиены пациентов</b>
9.6.	<p>При оказании помощи в выполнении гигиенических процедур следует</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• учитывать физические возможности пациента до начала и соблюдать все права пациента в процессе их проведения (поддержание его достоинства, личного пространства, конфиденциальности, физической и психологической безопасности).</li> <li>• обеспечить безопасность пациента – не оставлять одного в ванной комнате при умывании и купании, использовать воду оптимальной температуры (настроить температуру предварительно), использовать подходящие технические средства для придания пациенту безопасной позы (специальные кресла и приспособления).</li> </ul>
9.7.	Систематические действия по выполнению пациентами гигиенических процедур (купание, уход за ногтями) должны регулярно фиксироваться медсестрой в документации.
<b>10.</b>	<b>Питание и кормление пациентов</b>
	<p>Многие пожилые пациенты могут терять вес или сокращать порции потребляемой пищи вследствие серьезной болезни, обострения хронического заболевания или из-за физических (дисфагия, отсутствие зубов) и психических проблем (депрессия, когнитивные нарушения).</p> <p>Пища содержит все необходимые питательные вещества и должна соответствовать предпочтениям и состоянию здоровья пожилого человека.</p> <p>Сестринский уход за пожилыми людьми должен быть направлен на предотвращение ситуации недоедания (истощения).</p>
10.1.	Медсестра совместно с лечащим врачом и диетологом должна оценить необходимость особого внимания к питанию пациента (рацион) и выявить его потребность в помощи при приеме пищи (кормление). Сведения о питании пациента должны отмечаться в документации.
10.2.	<p>Регулярная оценка питания также должна быть частью периодического (например, один раз в три месяца) обследования пациента. Эта оценка включает следующие этапы:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• состояние полости рта (и зубных протезов),</li> <li>• способность жевания и глотания,</li> <li>• привычки и предпочтения в еде и питье,</li> <li>• ограничения в питании по состоянию здоровья,</li> <li>• степень самостоятельности при приеме пищи.</li> </ul>
10.3.	Медсестра должна контролировать предоставление пациенту питания, согласующегося с требованиями лечения/реабилитации/долговременного ухода, с учетом предпочтений пациента и возможностью выбора блюд.
10.4.	Медсестра должна обеспечивать проведение взвешивания пациентов не реже одного раза в месяц и регистрировать изменения массы тела пациентов в документации.
10.5.	Медсестра должна обеспечивать проведение лабораторных анализов по назначению врача.
10.6.	Медсестра должна контролировать ранние клинические признаки недостаточности питания пациентов – изменения в поведении (повышенная утомляемость, нарушение аппетита, вялость и пр.), дисфункции органов пищеварения, бледность, дистрофические изменения кожи и слизистых, снижение массы тела.

## Продолжение таблицы А1

<b>10.</b>	<b>Питание и кормление пациентов</b>
10.7.	Для своевременного выявления нарушений и коррекции питания пациентов, склонных к недоеданию, медсестре рекомендуется проводить трехдневный контроль питания пациента, фиксируя в документации соответствие количества предоставленной и потребленной пациентом пищи при каждом ее приеме.
10.8.	Медсестра должна обеспечивать процесс кормления нуждающихся в этом пациентов
10.9.	Медсестра должна контролировать процесс кормления пациентов, обращая внимание на соблюдение правил эстетики питания (сервировка блюд), использование удобной, устойчивой и адаптированной посуды (учитывающей сниженные функциональные возможности пациентов – дрожание рук, плохое зрение, когнитивные нарушения).
10.10.	Медсестра должна предотвращать возможную дегидратацию, контролируя насыщение организма пациентов жидкостью. С этой целью в течение 3-х дней может проводиться количественная регистрация суточного диуреза (потребление/выход).
10.11.	В случае необходимости, по указанию врача, медсестра должна обеспечивать кормление пациентов с помощью вспомогательных средств: зонда, ЧЭГ (чрескожная эндоскопическая гастростомия) и т.п. и документировать результаты.
<b>11.</b>	<b>Контроль физиологических отправления</b>
	<p>Неспособность контролировать физиологические отправления часто проявляется у пожилых людей. Наиболее характерными для них являются проблемы недержания мочи и затруднений дефекации (запор).</p> <p>На возможность контроля мочеиспускания могут влиять возрастные физиологические изменения, поэтому недержание мочи требует профессионального вмешательства.</p> <p>Невозможность контролировать мочеиспускание негативно влияет на качество жизни пациентов и может вызвать побочные эффекты, такие как раздражение кожи, пролежни, инфекции, социальную изоляцию и снижение самооценки.</p> <p>Запор – также распространенное явление в старческом возрасте, может вызываться разными факторами, такими как обострение хронической болезни, воздействие лекарств, характер питания, депрессивные расстройства, неподвижный образ жизни и др. Хронические запоры приводят к страданиям и дискомфорту, ухудшающим качество жизни пациента.</p>
11.1.	При наличии проблем с мочеиспусканием у пациента медсестра должна оценить их и довести до сведения лечащего врача.
11.2.	Необходимые сестринские вмешательства осуществляются в виде профилактических мер или терапии (по назначению врача).
11.3.	Медсестра должна обеспечивать проведение необходимых процедур (смена подгузника, постановка клизмы, катетера и др.) таким образом, чтобы пациент понимал их цель и содействовал их выполнению.
11.4.	При проведении процедур медсестра не должна допускать нарушения прав пациента (сохранение его достоинства, конфиденциальности, неприкосновенности личного пространства, врачебной тайны, психологической и физической безопасности).
11.5.	Медсестра должна выполнить оценку склонности пациента к запорам.

## Продолжение таблицы А1

<b>11.</b>	<b>Контроль физиологических отправления</b>
11.6.	Профилактическое сестринское вмешательство при запорах включает предоставление следующих рекомендаций: <ul style="list-style-type: none"> <li>• правильное поведение при дефекации (регулярность, поза),</li> <li>• потребление пищи, богатой клетчаткой,</li> <li>• обильное питье,</li> <li>• физическая активность (в соответствии с состоянием),</li> <li>• соблюдение предложенного медперсоналом графика посещения туалета с целью сохранения у пациента привычки регулярного опорожнения кишечника,</li> <li>• обеспечение необходимых пациенту условий – отсутствие спешки и сохранение интимной обстановки.</li> </ul>
11.7.	Активное сестринское вмешательство при проблемах запора включает: <ul style="list-style-type: none"> <li>• организацию и анализ лекарственного лечения, и внесение в него изменений при необходимости – по назначению врача,</li> <li>• опорожнение кишечника пациента с помощью клизмы или путем ручного удаления фекальных камней.</li> </ul>
<b>12.</b>	<b>Контроль лекарственной терапии</b>
	Главной особенностью пожилого возраста является повышенная частота побочных эффектов лекарственных препаратов, чему способствуют частые сопутствующие заболевания, риск лекарственного взаимодействия, а также изменение реакции на лекарственные средства. Наиболее часто принимаемыми пожилыми людьми препаратами являются снотворные, слабительные, мочегонные, гипотензивные средства и средства для лечения сердечно-сосудистых заболеваний. Побочные действия лекарств могут быть причиной появления наиболее типичных симптомов. Например, успокоительные (седативные) и снотворные средства могут вызывать спутанность сознания и быть причиной падений. Противовоспалительные средства могут вызывать повышение кровяного давления и обострение язвенной болезни. Некоторые слабительные и мочегонные могут вызывать зуд и другие аллергические реакции. Противоаллергические препараты могут вызывать сонливость, апатию, спутанность сознания.
12.1.	Медсестра совместно с лечащим врачом должна контролировать наличие в учреждении необходимых пациентам лекарственных препаратов.
12.2.	Медсестра должна не реже одного раза в месяц обновлять перечень имеющихся в наличии лекарственных препаратов, принимая во внимание необходимость соответствия следующим требованиям: <ul style="list-style-type: none"> <li>• соблюдение условий хранения препаратов указаниям производителя,</li> <li>• хранение в заводской упаковке с сохранением наименования и прилагаемой к препарату инструкции по применению,</li> <li>• отсутствие вскрытых флаконов и ампул,</li> <li>• сохранение целостности конвалютов с таблетками и капсулами,</li> <li>• отсутствие лекарственных препаратов с истекшим сроком годности.</li> </ul>
12.3.	Медсестра должна разъяснить пациенту и/или его родственникам цели назначенного врачом лечения, а также алгоритм приема лекарств, возможные альтернативы и побочные эффекты.

## Продолжение таблицы А1

<b>12.</b>	<b>Контроль лекарственной терапии</b>
12.4.	<p>Участие медсестры в проведении лекарственной терапии должно состоять в следующем:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• медсестра должна фиксировать время назначения врачом каждого лекарственного препарата,</li> <li>• лекарственные препараты должны быть подготовлены непосредственно перед их раздачей,</li> <li>• раздача лекарств пациентам производится только той медсестрой, которая подготовила эти препараты к раздаче,</li> <li>• при выдаче лекарств медсестра должна правильно идентифицировать пациента,</li> <li>• запись о выдаче лекарства делается медсестрой сразу же после его выдачи пациенту (дата, время суток, подпись медсестры).</li> </ul>
12.5.	Медсестра должна оценивать эффективность воздействия лекарственных препаратов на состояние пациента, фиксируя в документации жалобы пациента, клинические проявления (наличие/отсутствие боли, снижение/повышение АД или пульса и пр.), лабораторно-диагностические показатели.
12.6.	Безрецептурные препараты могут выдаваться пациентам на основании предварительно полученной медсестрой санкции лечащего врача.
<b>13.</b>	<b>Контроль болевого синдрома</b>
	<p>Боль представляет собой серьезную проблему для пожилых людей. Отсутствие внимания к этой проблеме приводит к депрессии, нарушениям сна, снижению дееспособности, замедлению реабилитационного процесса.</p> <p>Наиболее распространенными причинами болей у пожилых людей являются заболевания опорно-двигательного аппарата (например, остеопороз, дегенеративные заболевания межпозвоночных дисков, остеоартроз) и неврологические расстройства (например, постгерпетические невралгии, невралгии тройничного нерва, диабетическая невропатия, фибромиалгия). Причинами болей могут также быть последствия онкологических заболеваний, инсульта, травмы от недавнего падения или длительная иммобилизация и связанные с ней контрактуры, и пролежни, заболевания периферических сосудов. В некоторых случаях острые боли могут быть вызваны, например, инфекцией мочевыводящих путей или пневмонией.</p>
13.1.	<p>Действия медсестры, направленные на профилактику болей:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• обеспечение безопасности пациентов – профилактика падений (поручни, ограждения, разметка для слабо видящих, использование тростей, ходунков, кресел-каталок и пр.),</li> <li>• регулярная оценка рисков падений, контроль чистоты и удобства одежды и обуви, постоянный мониторинг физических показателей, суточного диуреза, любых изменений в поведении,</li> <li>• поощрение физической активности мобильных пациентов, регулярное изменение положения тела немобильных и маломобильных пациентов с целью предотвращения пролежней, регулярная коррекция осанки пациентов в сидячем положении, для предотвращения болей в спине,</li> <li>• воздержание от применения механических средств принудительного удерживания беспокойных пациентов (фиксации) и принудительного (зондового) кормления.</li> </ul>
13.2.	Медсестра проводит регулярную оценку боли у пациентов с болевым синдромом учитывая его способность к коммуникации.

## Продолжение таблицы А1

<b>13.</b>	<b>Контроль болевого синдрома</b>
13.3.	Лечение боли осуществляется медсестрой по назначению врача и включает немедикаментозные и медикаментозные методы. Немедикаментозное купирование болей включает: <ul style="list-style-type: none"> <li>• иммобилизацию (фиксация поврежденной конечности или места повреждения, постельный режим);</li> <li>• физические методы (массаж, тепло, холод, чрескожная электрическая стимуляция нерва, акупунктура);</li> <li>• психологические методы (общение, отвлечение внимания, музыкальная терапия, техника расслабления и снятия напряжения, гипноз);</li> <li>• лечебную физкультуру.</li> </ul>
13.4.	При медикаментозном обезболивании медсестра должна контролировать правильность применения назначенного врачом препарата и вводить его, согласно назначению, в виде таблеток, подкожных или внутримышечных инъекций, локально (трансдермальные пластыри) или ректально.
13.5.	Медсестра оценивает эффективность обезболивания, используя те же методы, что и до его начала и фиксирует результаты в документации.
<b>14.</b>	<b>Контроль состояния кожи (пролежни)</b>
	<p>Повреждения кожи и образование пролежней являются существенными факторами, ведущими к ухудшению общего состояния пациента и качества его жизни.</p> <p>Пожилые пациенты относятся к группе риска развития пролежней из-за</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• уменьшения эластичности кожи,</li> <li>• изменения чувствительности у немобильных пациентов и больных сахарным диабетом, длительного контакт тела с твердой поверхностью, нарушения кровообращения,</li> <li>• несоблюдения гигиены (недержание мочи и кала, повышенное потоотделение).</li> </ul> <p>Классификация пролежней по категориям Европейской консультативной группы по пролежням EPUAP (European Pressure Ulcer Advisory Panel):</p> <p>I. Покраснения кожи, не бледнеющие при нажатии (могут быть болезненными, более твердыми/мягкими, теплыми/холодными, чем окружающие участки кожи).</p> <p>II. Неглубокая открытая красно-розовая язва или пузырь, наполненный жидкостью без кровоизлияния или некроза.</p> <p>III. Некроз кожи с обнажением подкожного жира, рана в виде кратера, наполненного субстанцией, похожей на гной.</p> <p>IV. Некроз кожи с обнажением костей, сухожилий и мышц и с отторжением некротических масс – ситуация, опасная для жизни.</p>
14.1.	При приеме пациента в учреждение медсестра должна оценить возможный риск развития пролежней и проводить такую оценку регулярно (например, не реже 1 раза в 3 месяца), как часть периодических оценок состояния пациента.
14.2.	При наличии пролежней у поступающего в учреждение пациента медсестра должна оценить степень тяжести имеющегося пролежня, определить его размер, сделать соответствующую запись в документации и проинформировать врача.

## Продолжение таблицы А1

<b>14.</b>	<b>Контроль состояния кожи (пролежни)</b>
14.3.	С целью профилактики появления пролежней медсестра должна обеспечить <ul style="list-style-type: none"> <li>• предупреждение чрезмерной сухости, потертостей и долго не заживающих повреждений кожи пациентов,</li> <li>• регулярное (каждые 2 часа) изменение положения тела у лежачих и малоподвижных пациентов,</li> <li>• правильный пищевой рацион (продукты, богатые белком и витаминами А, В и С).</li> </ul>
14.4.	Медсестра должна проводить ежедневный контроль состояния кожи пациентов с установленным риском развития пролежней.
14.5.	Во время любых манипуляций, если у пациента замечены пролежни, медсестра должна оценить степень их тяжести и еженедельно фиксировать в документации следующие сведения: <ul style="list-style-type: none"> <li>• диаметр пролежней,</li> <li>• степень тяжести (категорию по EPUAP),</li> <li>• описание вида пролежней,</li> <li>• способ обработки.</li> </ul>
14.6.	Медсестра должна обеспечивать последовательность и непрерывность обработки пролежней при ежедневных гигиенических процедурах.
14.7.	Медсестра должна контролировать наличие и использовать при лечении специальные матрасы, подушки, анатомические прокладки и валики, противопролежневые антимикробные, обезболивающие и заживляющие средства.
14.8.	Медсестра должна консультироваться с врачом и выполнять его указания по обработке поврежденных участков кожи пациентов.
14.9.	Медсестра должна информировать врача об изменении состояния пациентов, имеющих пролежни. В случае появления у пациентов пролежней более второй степени (т.е. III или IV) медсестра совместно с лечащим врачом может принять решение о направлении пациента в стационар.
<b>15.</b>	<b>Контроль физической активности</b>
	Благодаря физической активности у пожилых людей могут существенно улучшаться не только физиологические функции, но и снижаться проявления депрессии, стресса и тревоги. Физическая активность помогает поддержанию социальных навыков, сохранению позитивной самооценки, чувства уверенности в себе, способствуя повышению качества жизни.
15.1.	Медсестра должна выявить и оценить степень ограниченности мобильности пациента при приеме в учреждение. Кроме того, мобильность оценивается в процессе регулярного мониторинга состояния пациента (например, каждые три месяца) или каждый раз при изменении состояния его мобильности.
15.2.	Установление способности/неспособности передвижения, включая хождение, сидение, стояние и изменение положения тела, должно проводиться медсестрой в сотрудничестве со специалистом по лечебной физкультуре.
15.3.	Медсестра должна стимулировать физическую активность мобильных пациентов, разъясняя им необходимость активности (ходьба, пешие прогулки на свежем воздухе, посильные физические упражнения по назначению врача или специалиста по лечебной физкультуре) как терапевтической процедуры.

## Продолжение таблицы А1

<b>15.</b>	<b>Контроль физической активности</b>
15.4.	Для улучшения мобильности пациента медсестре необходимо руководствоваться программой упражнений, согласованной со специалистом по лечебной физкультуре. Упражнения выполняются с помощью персональных приспособлений и экипировки, включающей удобную одежду и обувь.
15.5.	Медсестра должна следить за тем, чтобы пациенты, независимо от патологии, не находились постоянно в постели, а с помощью персонала большую часть времени проводили в холлах, в столовой, комнатах трудотерапии, ЛФК, на занятиях с различными специалистами.
15.6.	Медсестра должна обеспечивать маломобильным пациентам помощь персонала при <ul style="list-style-type: none"> <li>• спуске с кровати (не менее двух раз в день с учетом потребностей пациента),</li> <li>• усаживании в кресло или инвалидную коляску в зависимости от степени, подвижности и выраженного желания сесть или изменить положение тела.</li> </ul>
15.7.	Медсестра должна следить за тем, чтобы при осуществлении помощи в передвижении персоналом обеспечивалась безопасность пациента.
15.8.	Решение о способах передвижения или перемещения маломобильных пациентов (с помощью персонала, с использованием вспомогательных средств или специального подъемника) принимается медсестрой совместно с врачом и другими членами МДК и фиксируется в документации.
<b>16.</b>	<b>Передача клинической ответственности за пациента</b>
	При передаче ответственности за пациента необходимо обеспечить преемственность сестринского ухода с целью более полного ознакомления принимающей стороной с информацией о состоянии пожилого пациента, исключения дополнительных излишних обследований и дублирования вмешательств.
16.1.	Передача клинической ответственности за пациента происходит в следующих случаях: <ul style="list-style-type: none"> <li>• передача дежурства другой медсестре,</li> <li>• отпуск, болезнь или увольнение медсестры,</li> <li>• перемещение пациента на другой уровень медицинской помощи (госпитализация, перевод в другое отделение).</li> </ul>
16.2.	При передаче клинической ответственности медсестра должна передать всю необходимую документацию принимающей медсестре, а принимающая медсестра должна ознакомиться с ней до контакта с пациентом.
16.3.	В случае перемещения пациента на другой уровень медицинской помощи медсестра должна передать принимающей стороне краткий эпикриз пациента, в котором должны быть указаны следующие сведения о пациенте: <ul style="list-style-type: none"> <li>• социальный, функциональный, физический и психоэмоциональный статус пациента,</li> <li>• проведенные основные сестринские вмешательства и краткие рекомендации по дальнейшему уходу.</li> </ul>
16.4.	В случае ведения документации в электронном виде, принимающая клиническую ответственность сторона должна иметь возможность беспрепятственного доступа к ней с помощью соответствующих компьютерных технологий.

## Продолжение таблицы А1

<b>17.</b>	<b>Уход за терминальными пациентами (паллиативный уход)</b>
	Умиравший человек, нередко страдающий от боли, других мучительных симптомов, страшится смерти и хочет чувствовать себя защищенным. Он хочет, чтобы его успокоили, сказали ему, что он не будет страдать в момент умирания. Пожилой человек должен знать, что в момент смерти он не останется один, и что кто-то будет помогать ему пройти этот путь. Само по себе присутствие у постели умирающего может иметь успокаивающее действие. Умиравший пожилой человек должен быть уверен в том, что ему помогут снять боли и другие тягостные ощущения в момент смерти.
17.1.	<p>Медсестра должна уметь идентифицировать симптомы близкой смерти:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• чрезмерная усталость и сонливость, физическая слабость,</li> <li>• самоизоляция, потеря интереса к окружающему,</li> <li>• отказ от еды и питья,</li> <li>• снижение частоты мочеиспускания (моча – коричневого или красноватого цвета),</li> <li>• заторможенность сознания и дезориентация,</li> <li>• затрудненное дыхание,</li> <li>• отеки ног,</li> <li>• «оледенение» кончиков пальцев рук и ног, бледные или голубоватые ногти,</li> <li>• венозные пятна на ступнях и подошвах.</li> </ul>
17.2.	При наличии признаков близкой смерти медсестра должна оперативно проинформировать родственников пациента о его состоянии, по возможности, перевести умирающего пациента в специальное (паллиативное) отделение или изолировать его (например, ширмой) и обеспечить возможность доступа к нему членов семьи в любое время, оказывая им психологическую поддержку.
17.3.	Медсестра должна с сочувствием и пониманием относиться к потребностям пациента и его семьи, соответствующим их религиозным мировоззрениям и культурным представлениям о конце жизни.
17.4.	Медсестра должна обеспечивать умирающему пациенту проведение всех необходимых гигиенических процедур, а также покоя, не настаивая на кормлении, пробуждении от сна, нежелательных разговорах и посещениях.
17.5.	При наличии признаков близкой смерти, по указанию лечащего врача, медсестра направляет усилия на облегчение симптомов, создающих пациенту физический дискомфорт (одышка, тошнота, рвота и пр.) и избавление его от боли.
17.6.	Медсестра должна оценить степень тяжести симптомов, включая боль. Такая оценка дает пациенту возможность осознать, что его воспринимают как личность и относятся к нему с сочувствием.
17.7.	<p>Медсестра должна обеспечить умирающему пациенту возможность окончить жизнь с максимально достижимым физическим, эмоциональным и духовным комфортом, привлекая</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• необходимого специалиста для облегчения симптомов возможной депрессии (назначение антидепрессантов),</li> <li>• религиозных служителей (только по желанию пациента).</li> </ul>
17.8.	Медсестра должна беседовать с умирающим пациентом (только при его желании), проявляя готовность выслушать, поговорить, обсудить нерешенные проблемы, не давая ложных обещаний выздоровления.

## Продолжение таблицы А1

<b>17.</b>	<b>Уход за терминальными пациентами (паллиативный уход)</b>
17.9.	Медсестра должна уважать право пациента или его законного представителя соглашаться на любое медицинское вмешательство или отказываться от него. При этом она должна быть уверена, что согласие или отказ даны пациентом добровольно и осознанно.
17.10.	Если пациент не в состоянии выразить свою волю, медсестра вправе осуществлять показанные ему неотложные вмешательства, в пределах своей компетенции, в убеждении, что страдания пациента можно и должно облегчить, используя для этого все возможные средства.
17.11.	Преднамеренные действия медсестры с целью прекращения жизни умирающего пациента, даже по его просьбе, неэтичны и недопустимы.
17.12.	Медсестра должна фиксировать в документации сведения: <ul style="list-style-type: none"> <li>• о симптомах близкой смерти,</li> <li>• об оперативном информировании семьи о состоянии пациента,</li> <li>• о сокращении лечебных манипуляций в соответствии с назначением врача,</li> <li>• о проводимом гигиеническом уходе,</li> <li>• об оценке боли и адекватном обезболивании.</li> </ul>
<b>18.</b>	<b>Действия в случае смерти пациента</b>
	При обращении с телом умершего пациента медперсонал должен помнить, что родственниками его уход воспринимается как невосполнимая потеря близкого человека. Персонал обязан проявлять уважение к личности умершего пациента, с пониманием относиться к чувствам его родных и оказывать им всю необходимую поддержку.
18.1.	Смерть пациента должна быть установлена и письменно подтверждена врачом, при этом медсестра должна обеспечить возможность идентификации личности умершего пациента.
18.2.	Действия с телом умершего следует начинать не ранее, чем через два часа после наступления смерти (после констатации биологической смерти). До этого времени тело умершего раздевают, укладывают на спину с разогнутыми конечностями, подвязывают нижнюю челюсть, опускают веки, покрывают простыней и оставляют в постели на два часа.
18.3.	Не ранее, чем через два часа после констатации смерти медсестра пишет на бедре умершего его фамилию, имя и отчество, номер личной карты, дублируя эти данные в сопроводительной записке в морг, в которой указывает также диагноз и дату наступления смерти.
18.4.	Медсестра в присутствии других сотрудников должна снять все аксессуары и ценные вещи с тела умершего, составить акт, содержащий описание всех личных вещей (в двух экземплярах) и поместить вещи в сейф для последующей передачи их законным представителям умершего под расписку. Экземпляр описи с подписью лица, принявшего вещи умершего, остается в учреждении.
18.5.	Медсестра должна сообщить семье о смерти пациента, соблюдая всю возможную деликатность.
18.6.	Медсестра должна оказать внимание родственникам умершего, сопроводить их в помещение, где происходит передача тела, и предоставить возможность остаться с покойным наедине на некоторое время.
18.7.	Медсестра должна проверить правильность заполнения свидетельства о смерти и всей необходимой документации.

*Продолжение таблицы А1*

<b>19.</b>	<b>Документация</b>
	Документация служит для контроля деятельности медсестры в рамках ее компетенции: выполнения необходимых сестринских вмешательств и рекомендаций врача, а также для анализа качества сестринской работы. С формальной точки зрения, работа, которая не зафиксирована в документации, не может считаться выполненной.
19.1.	<p>Медсестра должна регулярно вести сестринские записи, фиксируя в документации:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• данные первичного и регулярного обследования пациентов,</li> <li>• результаты проведенных сестринских вмешательств и врачебных назначений,</li> <li>• информацию о возможных инцидентах (падениях, травмах, обострениях заболеваний),</li> <li>• сведения о сестринских вмешательствах при острых состояниях пациента,</li> <li>• сведения о переводе пациента на другой уровень медицинского обслуживания (госпитализация, перевод на амбулаторное наблюдение),</li> <li>• сведения об осуществлении паллиативного ухода за пациентом.</li> </ul>

## Приложение Б

### Типовое положение о деятельности мультидисциплинарной команды (МДК) по долговременному гериатрическому уходу

#### 1. Цель и задачи

- 1.1. Целью МДК является достижение максимально возможного оптимального качества жизни гериатрических пациентов.
- 1.2. Задачи МДК заключаются в обеспечении согласованной деятельности по ведению пациентов с надлежащей последовательностью действий, включающей обследование, диагностику, вмешательства и периодические оценки состояния физического, психического и социального статуса пациентов для обеспечения качественного непрерывного ухода и последующего наблюдения.

#### 2. Формирование и состав МДК

- 2.1. В МДК по ведению гериатрических пациентов должны включаться: клинический руководитель (врач-гериатр или семейный врач), координатор (например, гериатрическая медсестра или социальный работник) и другие специалисты, компетенции которых необходимы конкретному пациенту (психолог, физиотерапевт, эрготерапевт, специалист по ЛФК, врачи разных специальностей, младший медперсонал и др.).
- 2.2. Каждый член МДК должен ясно представлять сферу своей деятельности и понимать распределение ролей в команде.
- 2.3. Квалификация всех членов МДК должна быть подтверждена необходимыми документами государственного образца (диплом об образовании, лицензия на право проведения соответствующих вмешательств, свидетельство о периодической аккредитации медработников и т.п.).
- 2.4. В случае отсутствия в штате учреждения необходимых специалистов, МДК должна иметь возможность привлечения этих специалистов из других учреждений.
- 2.5. Решение о привлечении необходимых специалистов в состав МДК принимается клиническим руководителем и координатором МДК совместно.
- 2.6. При необходимости, клинический руководитель поручает координатору привлекать для консультаций нужных специалистов, сразу после проведения комплексной гериатрической оценки пациента.

#### 3. Ведение документации

- 3.1. МДК должна документировать свою деятельность. Члены МДК, должны делать записи о каждой своей консультации в истории болезни пациента (электронной медкарте).
- 3.2. Записи и заключения членов МДК должны быть доступны любому другому члену МДК в любое время.

- 3.3. Исчерпывающие записи специалистов по каждому пациенту должны включать результаты обследований, диагнозы, отчеты об оценках состояния, планы вмешательств и отчеты об эффективности вмешательств. Вспомогательная документация может включать результаты аппаратных обследований и лабораторные показатели.
- 3.4. МДК должна осуществлять процесс получения информированного согласия пациента на проведение вмешательств в соответствии с государственными и институциональными требованиями.
4. Оценка состояния пациента и планирование вмешательств
  - 4.1. Члены МДК должны проводить регулярные оценки состояния пациентов в соответствии с составленными ими планами вмешательств.
  - 4.2. Первичная комплексная гериатрическая оценка (КГО) пациента должна быть проведена врачом, медсестрой и социальным работником сразу после поступления пациента в учреждение долговременного ухода или постановки его на учет в гериатрическом кабинете по месту жительства.
  - 4.3. Проведение оценок должно планироваться через регулярные промежутки времени, причем частота и конкретное содержание каждой из этих оценок должны определяться состоянием и потребностями конкретного пациента и предпочтениями его семьи.
  - 4.4. Планы вмешательств могут пересматриваться в соответствии с текущим состоянием пациента, основанным на оценке:
    - прогресса в достижении целей
    - реакции на уход и лечение
    - существенного изменения в статусе
5. Регулярный обмен информацией
  - 5.1. Для обеспечения координации ухода за пациентами и сотрудничества между членами МДК должны проводиться регулярные (например, еженедельные) собрания МДК. Очные собрания МДК являются предпочтительными, однако допускается использовать альтернативные способы взаимодействия членов МДК (например, виртуальные).
  - 5.2. МДК должна иметь механизм регулярных собраний основных членов (например, предварительно составленный координатором МДК график собраний или собрания по мере необходимости по приглашению координатора).
  - 5.3. Члены МДК, должны принимать участие в собраниях МДК (очно или виртуально).
  - 5.4. Члены МДК должны предварительно подготовиться к обсуждению на собрании результатов обследования пациентов, планов вмешательств и их эффективности.
  - 5.5. Очные собрания МДК должны быть ограничены по времени (например, не более 15 минут на каждого пациента). Допускается обмен информацией о пациентах между членами МДК при неформальных встречах или виртуально.

- 5.6. По результатам обсуждений на собраниях МДК принимает решения по каждому обсуждаемому пациенту, которые документируются координатором МДК (или назначенным им членом команды):
- о продолжении ухода и лечения с соответствующей корректировкой плана,
  - о направлении на другой уровень медико-социального обслуживания в связи с достигнутым прогрессом в состоянии пациента или в связи с ухудшением состояния.
- 5.7. МДК должна иметь механизм для направления пациентов к другим специалистам, в том числе в профильных медицинских учреждениях, когда это необходимо и целесообразно.
- 5.8. МДК должна осуществлять обмен информацией со специалистами первичной медико-санитарной помощи и, при необходимости, с другими как негосударственными, так и государственными структурами различной ведомственной принадлежности, занимающимися благополучием пожилых людей.
- 5.9. Члены МДК должны соблюдать конфиденциальность в отношении информации о диагнозах, личных предпочтениях и особенностях поведения пациентов.
6. Связь с пациентом и его семьей
- 6.1. Контакты с семьей пациента должны осуществляться после проведения каждой оценки его состояния, а также в случае существенных изменений состояния.
- 6.2. Общение с пациентом и его семьей должно быть корректным, уважительным и осуществляться с соблюдением этических правил и норм профессионального поведения.
- 6.3. МДК должна поощрять участие членов семьи в уходе за пациентом и в принятии решений о любых вмешательствах.
- 6.4. Пациентам и их семьям должна быть предоставлена информация о процессах оценки состояния пациента и необходимых вмешательствах, о рекомендуемых планах вмешательств, а также о любых альтернативах, их преимуществах и факторах риска.
- 6.5. МДК должна помогать пациентам и их семьям принимать обоснованные решения по проведению всех рекомендованных вмешательств.
- 6.6. В МДК должен быть предусмотрен механизм, гарантирующий семье и самому пациенту возможность участия в принятии решений о лечении.
- 6.7. Пациенты и члены их семей могут приглашаться на собрания МДК и участвовать в обсуждении планов вмешательств.
- 6.8. МДК должна помогать пациентам и их семьям в поиске ресурсов для получения необходимой помощи.
- 6.9. Члены МДК должны содействовать пациентам и их семьям в получении информации о государственном и местном законодательстве, регулирующем вопросы медико-социального обслуживания пожилых людей.
7. Критерии эффективности МДК

- 7.1. Компетенции, навыки и характеристики. Члены МДК должны быть компетентны в области ухода за пожилыми пациентами, иметь опыт практической работы или готовность к обучению, взаимодействовать с другими членами, уважительно относиться к вкладу в работу каждого, проявлять инициативу и желание работать на общую цель.
- 7.2. Обучение и развитие. Члены МДК должны быть мотивированы и иметь возможность для повышения квалификации и развития карьеры.
- 7.3. Доступ к надлежащим ресурсам. В МДК должно быть предусмотрено необходимое время для регулярных собраний, а также возможность использования электронных средств связи и привлечения в команду необходимых специалистов.
- 7.4. Руководство и координация действий. Координатор МДК должен руководить действиями ее членов и контролировать их. Координатор должен оказывать поддержку членам команды, действуя по согласованию с администрацией учреждения.
- 7.5. Регулярный обмен информацией. Члены команды должны регулярно общаться, обмениваясь информацией о пациентах на основе взаимного уважения.

**Приложение В****Вмешательства медсестры при наиболее характерных нарушениях  
состояния гериатрического пациента****(фрагмент разработанного документа)**

- |  |  |
|--|--|
| 1. Непереносимость активности              | 11. Хронический болевой синдром                  |
| 2. Усталость / слабость /<br>утомленность  | 12. Нарушение сна                                |
| 3. Нарушенная физическая<br>мобильность    | 13. Нарушение памяти                             |
| 4. Дефицит самоухода                       | 14. Душевное расстройство                        |
| 5. Риск падений                            | 15. Тревожность                                  |
| 6. Нарушение питания: недоедание           | 16. Острая спутанность сознания                  |
| 7. Нарушения целостности кожи:<br>пролежни | 17. Неэффективное дыхание                        |
| 8. Функциональное недержание<br>мочи       | 18. Снижение сердечного выброса                  |
| 9. Недержание кала                         | 19. Риск нестабильного уровня<br>глюкозы в крови |
| 10. Запор                                  | 20. Нарушение социального<br>взаимодействия      |

## Фрагмент таблицы

<b>5. Риск падений</b> – повышенная подверженность падению, которое может нанести физический вред.	
Связанные факторы:	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Принять во внимание информацию о заболеваниях / состояниях пациента, которые могут привести к повышенному риску падений.</li> <li>2. Определить необходимые вмешательства и предохранительные устройства для обеспечения безопасной окружающей среды и индивидуальной безопасности.</li> <li>3. Проверить схему приема лекарств и ее влияние на пациента. Провести мониторинг побочных эффектов (болеутоляющие препараты могут способствовать слабости и спутанности сознания, множественные препараты и комбинации лекарств, влияющие на кровяное давление или сердечную функцию, могут вызвать головокружение или потерю баланса и пр.).</li> <li>4. При необходимости обратиться к физиотерапевту или специалисту по трудотерапии. Может потребоваться выполнение упражнений для улучшения силы или подвижности, улучшения / повторного обучения передвижению, а также для выявления необходимости в соответствующих вспомогательных устройствах для передвижения, безопасности в ванной или приспособление домашней обстановки.</li> <li>5. Расположить кровать пациента вблизи сестринского поста, а также попросить его носить идентификационный браслет, для напоминания персоналу о необходимости особого внимания в связи с риском падений.</li> <li>6. Для обеспечения безопасности пациента оставлять локальный свет включенным ночью. Следует убедиться, что пациенту всегда доступны приспособления для вызова помощи в случае падения (звонок или другой сигнал).</li> <li>7. Установить кровать пациента в самом нижнем положении. При необходимости использовать боковые ограждения и избегать использования удерживающих устройств.</li> <li>8. Научить пациента с нестабильной походкой правильно пользоваться вспомогательными средствами передвижения.</li> <li>9. Обеспечить пациенту возможность беспрепятственного прохода в санузел и другие необходимые места.</li> </ol>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• наличие острого заболевания, послеоперационное состояние,</li> <li>• проблемы со зрением / слухом,</li> <li>• артрит,</li> <li>• ортостатическая гипотензия,</li> <li>• бессонница,</li> <li>• анемии, сосудистые заболевания,</li> <li>• новообразования (усталость / ограниченная подвижность),</li> <li>• недержание мочи, диарея,</li> <li>• изменения уровня сахара в крови после приема пищи,</li> <li>• нарушение физической подвижности, проблемы с ногами,</li> <li>• нарушенный баланс тела, проблемы с походкой,</li> <li>• когнитивные нарушения (спутанность сознания, бред, деменция)</li> <li>• воздействие лекарств (антигипертензивные средства, ингибиторы АПФ, диуретики, трициклические антидепрессанты, средства против тревожности, снотворные или транквилизаторы),</li> <li>• употребление алкоголя,</li> <li>• скользкие покрытия, загроможденные проходы, плохое освещение.</li> </ul>	
Цели/желаемые результаты:	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• пациент проявит понимание отдельных факторов риска, которые способствуют вероятности падений,</li> <li>• продемонстрирует поведение, способствующее уменьшению влияния факторов риска, чтобы защититься от травм.</li> <li>• случаи падений и травм будут исключены.</li> </ul>	

## Фрагмент таблицы

<p><b>7. Нарушения целостности кожи: пролежни</b> – измененный эпидермис и/или дерма. Пролежни – воспаленные поражения кожи из-за неэффективной перфузии периферических тканей в связи с уменьшением/прекращением кровотока.</p>	
<p>Связанные факторы:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• физическая иммобилизация (давление собственного тела),</li> <li>• повышенная влажность (потение) недержание при физиологических выделениях (следы кала / мочи),</li> <li>• механические факторы (например, сдвиг кожи при перемещениях, применение средств физического сдерживания),</li> <li>• нарушение кровообращения кожи вследствие анемии, при сердечной недостаточности и сахарном диабете,</li> <li>• нарушенный статус питания (например, ожирение, истощение), обезвоживание,</li> <li>• жалобы на боль: нарушение поверхности кожи (эпидермиса), разрушение слоев кожи (дермы).</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Обратить внимание на общую слабость, снижение подвижности, изменение массы мышц, связанные с хроническими заболеваниями, наличие недержания мочи, проблемы с самообслуживанием.</li> <li>2. Определить состояние питания и зоны риска пролежней из-за недоедания (участки давления при истощении). Обеспечить оптимальное питание и повышенное потребление белка и витамина С. При необходимости обратиться к диетологу.</li> <li>3. Оценить риски пролежней (при ограничении подвижности и длительной неподвижности).</li> <li>4. Обратить внимание на лабораторные анализы (Hb / Hct, уровень глюкозы в крови, альбумин /белок).</li> <li>5. Измерить длину, ширину и глубину повреждения. Проверить окружающие ткани на наличие эритемы, уплотнения, мацерации. Можно сфотографировать поражения для визуальной основы последующих сравнений.</li> <li>6. Обратить внимание на запах в области повреждения.</li> <li>7. Классифицировать повреждение по стадиям Европейской консультативной группы по пролежням EPUAP.</li> <li>8. Ежедневно осматривать кожу, документируя наблюдаемые изменения.</li> <li>9. Содержать кожу в чистоте/сухости, стимулировать кровообращение в окружающих тканях. Не допускать увлажнения и образования складок на постельном белье. Не использовать белье с шероховатой текстурой.</li> </ol>
<p>Цели/желаемые результаты:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• произойдет заживление кожных повреждений (пролежней) без осложнений,</li> <li>• пациент будет поддерживать оптимальный физический статус, а также статус питания и потребления жидкости,</li> <li>• будет содействовать проведению профилактических мероприятий и лечения,</li> <li>• проявит способность управлять ситуацией.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>10. С целью предупреждения инфицирования применять соответствующие защитные средства для кожи (присыпки для складок кожи, местные смягчающие, антимикробные, обезболивающие и заживляющие средства), а также специальные матрасы, подушки, анатомические прокладки и валики.</li> <li>11. При недержании использовать подгузники, меняя их по мере необходимости.</li> <li>12. Изменять положение тела обездвиженного пациента, по крайней мере, каждые 2 часа, согласно определенному графику, объясняя пациенту необходимость принимаемых мер и добиваясь его содействия.</li> <li>13. Для снижения рисков, связанных с неподвижностью, поощрять стремление пациента к самостоятельной мобильности.</li> </ol>

## Приложение Г

### Фрагменты стандартных операционных процедур



Общество с ограниченной ответственностью  
«СОЦИАЛЬНАЯ СЛУЖБА ПОМОЩНИК»

*Профессиональная область: сестринское дело в гериатрии*

Название стандарта: <i>Первичный прием пациентов, нуждающихся в сестринском уходе</i>		Раздел: Заселение пациентов – оценка состояния, перевод в отделение и выписка	
Номер стандарта 2.2.1	Дата обновления:	Издание: 1	Дата утверждения: 20.06.2017
Документ разработан: К.Консон, Е.В. Фролова, Л.В. Баутина, О.Н. Филиппова, А.А. Хотинская			

*Независимо от формулировок в тексте, все положения этого документа одинаково касаются медработников и женского, и мужского пола*

Страница 1 из 12

#### 1. Введение

Госпитализация пациента из дома в учреждение долговременного ухода может весьма болезненно восприниматься пациентом и его семьей. Для облегчения процесса этой жизненно важной перемены следует действовать бережно и профессионально. Процесс адаптации пациента к новым условиям должен осуществляться при участии семьи пациента и других, значимых для него людей.

#### 2. Цель стандарта

- 2.1. Инструктирование медицинского персонала о том, что процесс приема и регистрации пациентов не должен быть для них тяжелой, изматывающей процедурой.
- 2.2. Обеспечение систематических и профессиональных действий при приеме новых пациентов в учреждение долговременного ухода
- 2.3. Облегчение пациенту и его семье процесса адаптации в учреждении ухода.

#### 3. Основные определения

- 3.1. Анамнез– сбор полных данных о пациенте, включая субъективные жалобы пациента и/или его семьи, выявление его потребностей и анализ имеющейся медицинской документации.
- 3.2. Пациент, нуждающийся в сестринском уходе– пациент, состояние которого определяется следующими факторами:
  - А. Состояние здоровья и ограниченность жизненных функций вызваны хроническим заболеванием, необратимыми физическими или психическими нарушениями и требуют постоянного профессионального сестринского ухода в течение длительного времени.
  - В. Состояние пациента отвечает следующим условиям или любому из них:
    1. прикован к постели или инвалидной коляске
    2. наличие недержания(мочи/кала)
    3. передвижения затруднены патологией или осложнением заболевания
    4. когнитивные нарушения
- 3.3. Новый пациент– пациент, поступивший в учреждение долговременного ухода впервые и не имеющий в ней личной карты пациента или пациент, переведенный из одного отделения одного и того же учреждения в другое.
- 3.4. Возвращающийся пациент –пациент, возвращающийся в учреждение долговременного ухода менее чем через месяц после выписки из учреждения или отсутствия в нем менее месяца.

*Профессиональная область: врачебная работа, сестринская работа, работа клиентского отдела*

Название стандарта: <i>Выезд для первичного осмотра к пациенту, нуждающемуся в сестринском уходе</i>		Раздел: Госпитализация пациентов – оценка состояния, перевод в отделение и выписка	
Номер стандарта: 1	Дата обновления:	Издание: 1	Дата утверждения: 30.10.2017г.
Документ разработан: К.Консон, Е.В. Фролова, Л.В. Баутина, О.Н. Филиппова, А.А. Хотинская			

*Независимо от формулировок в тексте, все положения этого документа одинаково касаются медработников и женского, и мужского пола*

Страница 1 из 13

## 1. Введение

Выезд для первичного осмотра пациента осуществляется специалистом отдела клиентской службы (или старшей медсестрой подразделения), имеющего медицинское образование и прошедшего предварительное обучение по проведению краткого осмотра пациента на физическое, функциональное и когнитивное состояние.

## 2. Цель выезда

- 2.1 Знакомство с пациентом и его семьей.
- 2.2 Скрининг когнитивного, физического и функционального состояний пациента (смотреть п.5.5.).
- 2.3 Изучение медицинской документации, предоставленной пациентом и его семьей (амбулаторная карта, выписные эпикризы, рекомендации лечащих врачей).
- 2.4 Сбор анамнеза жизни и заболеваний (смотреть п.3.1.).
- 2.5 Предоставление информации по результатам осмотра в клиентский отдел, в учреждение долговременного ухода, врачу подразделения для коллегиального решения о принятии на госпитализацию пациента в учреждение долговременного ухода.
- 2.6 Определение потребностей пациента и объема предполагаемой помощи в учреждении долговременного ухода.

## 3. Основные определения

- 3.1 Анамнез – инструмент, отражающий процесс сбора полных данных о пациенте, его жизни, заболеваниях, включая выявление его потребностей. Анамнез должен содержать в себе демографические данные (ФИО, пол, возраст), оценку физических и когнитивных функций, информацию о социальном положении семьи, а также сведения о предпочтениях, привычках, желаниях пациента, социально-бытовых условиях проживания.
- 3.2 Определение потребностей пациента и объема предполагаемой помощи в учреждении долговременного ухода – это потребность в дополнительных технических средствах реабилитации (трость, ходунки, коляска, функциональная кровать и т.д.), абсорбирующем белье, протезах, перевязочном материале, дополнительном наблюдении узкими специалистами.

## Приложение Д

### ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ РЕСПОНДЕНТА

Целью исследования, в котором Вас приглашают принять участие, является изучение представления медицинских сестер об ответственности медперсонала за состояние пожилых пациентов в некоторых типичных ситуациях. Для этого Вам предлагается ответить на вопросы анкеты.

Участие в данном исследовании является полностью добровольным и анонимным. Решение о том, согласиться на участие в исследовании или нет, принимаете Вы. Если Вы решите принять участие, Вы должны сделать отметку «+» в строке «Я добровольно соглашаюсь принять участие в анкетировании», в случае не согласия, необходимо сделать отметку «+» в строке «Я отказываюсь принять участие в анкетировании».

Даже в случае, если Вы решите принять участие, Вы сохраняете право свободно выйти из исследования в любое время без объяснения причины.

Я добровольно <b>соглашаюсь</b> принять участие в анкетировании:	
Я <b>отказываюсь</b> принять участие в анкетировании:	

Уважаемый респондент!

Прочитайте внимательно вопросы и выберите правильный ответ с Вашей точки зрения, обведите нужный номер ответа (выбранных ответов может быть несколько).

Медсестрам предлагается ответить на следующий вопрос:

Какие из перечисленных состояний пациентов могут быть улучшены /не ухудшены за счет необходимых вмешательств со стороны персонала? Для каждого состояния поставьте отметку в графе

- «Медсестры», если вы считаете, что воздействие на данное состояние могут оказать вмешательства медсестры,
- «Врачи», если вы считаете, что воздействие на данное состояние могут оказать вмешательства врача.

Вы можете отметить обе графы, если считаете, что данное состояние может корректироваться и врачом, и медсестрой.

## 1. ОПРОСНЫЙ ЛИСТ (Таблица Д1)

Таблица Д1 — Представление медсестер об ответственности медперсонала за состояние пожилых пациентов в некоторых типичных ситуациях

Состояния, характеризующие пожилых пациентов учреждений долговременного ухода	Медсестры	Врачи
1. Пролежни		
2. Усиление боли		
3. Использование средств физического сдерживания (привязывание)		
4. Использование антипсихотических препаратов без соответствующего назначения		
5. Наличие постоянного мочевыводящего катетера		
6. Случаи кратковременного или постоянного делирия		
7. Наличие симптомов ухудшения поведенческих расстройств		
8. Инфекции мочевыводящих путей		
9. Недавнее снижение активности в повседневной деятельности		
10. Падения		
11. Снижение психоэмоционального статуса (настроение,		
12. Необъяснимая потеря веса		

## 2. ОПРОСНЫЙ ЛИСТ (Таблица Д2)

Таблица Д2 — Удовлетворенность пациента помощью сестринского персонала в социальных учреждениях долговременного пребывания

ЭЛЕМЕНТЫ	Очень				
	Отлично	хорошо	Хорошо	Удовл.	Плохо
1. Разъяснила ли вам медсестра, какие вам нужны в связи с вашим состоянием анализы, обследования, как их будут проводить?	<input type="checkbox"/>				
2. Вы довольны тем, как медсестра отвечает на ваши вопросы? Она делает это охотно, подробно?	<input type="checkbox"/>				
3. Сообщает ли медсестра вашим родственникам о вашем состоянии, о ваших нуждах, поддерживает ли с ними общение?	<input type="checkbox"/>				
4. Как медсестра относится к вопросам вашей гигиены, следит ли она за помощниками (сиделками)? (Сиделка помогает: содержать в порядке одежду/ содержать в порядке обувь/ следить за волосами/ чистить зубы, мыть и одевать протезы/ при купании/ вас кормить/ посетить туалет)	<input type="checkbox"/>				

## Продолжение таблицы Д2

ЭЛЕМЕНТЫ	Отлично	Очень хорошо	Хорошо	Удовл.	Плохо
5. Отношение к вам медсестры: вежливость, дружелюбие, доброта, терпеливость, уважение (приветствие при встрече, уважительное обращение, вопросы о самочувствии, соблюдение личного пространства при интимной беседе, осмотре или процедурах, стремление обеспечить комфортную обстановку, оказать психологическую поддержку – утешить, подбодрить и т.п.)	<input type="checkbox"/>				
6. Контроль медсестрой вашего состояния (осмотр кожи (пролежни!), состояния ног, контроль веса, измерение давления, регулярное (каждые 2 часа) изменение позы (если вы проводите большую часть времени в постели или в инвалидном кресле), регулярность раздачи лекарств, проведение оценки болей, склонности к падениям и др.)	<input type="checkbox"/>				
7. Учет медсестрой ваших пожеланий в отношении ухода (например, бережное и максимально безболезненное проведение процедур, возможность отложить процедуру, вызвать нужного врача и т.п.)	<input type="checkbox"/>				
8. Доступность медсестры в любое время суток (быстрота реагирования на ваше обращение)	<input type="checkbox"/>				
9. Ваше мнение о степени профессионализма медсестер	<input type="checkbox"/>				

Таблица Д-3 — Общее восприятие

ЭЛЕМЕНТЫ	Отлично	Очень хорошо	Хорошо	Удовл.	Плохо
1. Как вы оцениваете общий уровень всех получаемых услуг в целом	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Как вы оцениваете уровень сестринского ухода в целом	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Как вы сами оцениваете свое здоровье	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Основываясь на получаемом мною сестринском уходе, в случае необходимости, я буду рекомендовать это учреждение своим родным и друзьям	Обязательно! <input type="checkbox"/>	Да <input type="checkbox"/>	Пожалуй, да <input type="checkbox"/>	Пожалуй, нет <input type="checkbox"/>	Ни за что! <input type="checkbox"/>

**Сведения о респонденте**

---

Пол:  Мужчина  Женщина                      Возраст (к-во полных лет): \_\_\_\_\_

---

Семейное положение:  одинокий(ая)  женат/замужем  разведен(а)  вдова(ец)

---

Как часто вы госпитализировались за последние 2 года?

1 раз  2 раза  3 раза  4 раза  более 4 раз

---

Вы проживаете в комнате:

один/одна  еще с одним человеком  более чем с одним человеком

---

Пожалуйста, отметьте эту графу, если вопросник (полностью или частично) заполнялся не пациентом (родственником и пр.)

---

***БЛАГОДАРИМ ВАС ЗА ТО, ЧТО ВЫ  
УДЕЛИЛИ ВРЕМЯ ДЛЯ УЧАСТИЯ В ЭТОМ ОПРОСЕ***

## Приложение Е

### Методика проведения внутреннего контроля качества сестринской деятельности в гериатрических учреждениях

Таблица Е1 — Показатели качества структуры

№	Группы показателей	Показатели качества	Порядок оценки	Да	Нет
1.	Характеристика сестринского персонала	Соответствие укомплектованности сестринского персонала рекомендованным штатным нормативам	Оценить количество медсестер на соответствие штатному расписанию		
		Уровень квалификации медсестер	Оценить по квалификационным категориям		
2.	Управление сестринским персоналом	Наличие приказов руководства по вопросам управления сестринским персоналом	Проверить наличие приказов руководства по вопросам: <ul style="list-style-type: none"> <li>• организации системы обучения персонала,</li> <li>• обучения, адаптации и инструктажа нового персонала,</li> <li>• организация системы оценки персонала.</li> </ul>		
		Повышение ответственности медсестер, включая соблюдение должностных инструкций	Проверить наличие должностных инструкций, их обновления и подписей персонала об ознакомлении.		
		Формирование графика работы медсестер с учетом их компетенции и личностной совместимости	Оценить рациональность составления графиков работы (отсутствие перегруженности) и отпусков		
			Опросить медсестер на предмет учета личностной совместимости при составлении рабочих графиков		
		Условия труда, эргономичность рабочих мест	Оценить условия труда сестринского персонала, включая эргономичность рабочих мест		
		Наличие системы социальной поддержки сестринского персонала	Оценить систему социальной поддержки путем опроса персонала (например, помощь в устройстве детей в дошкольные учреждения, организация летнего отдыха детей бесплатно или со скидкой и т.п.)		
		Наличие системы мотивации сестринского персонала	Оценить систему материальной и нематериальной мотивации путем опроса персонала		

Продолжение таблицы Е1

№	Группы показателей	Показатели качества	Порядок оценки	Да	Нет
		Регулярная оценка мнения сестринского персонала по различным вопросам работы	<p>Проверить регулярность «обратной связи» администрации и сестринского персонала: проведение опросов среди медсестер и анализа результатов опросов. Оценить систему информирования медсестер по различным вопросам работы</p> <p>Проверить наличие</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• документа, регламентирующего порядок работы гериатрической мультидисциплинарной команды (МДК);</li> </ul>		
		Обеспечение мультидисциплинарного подхода к реабилитации пожилых пациентов	<ul style="list-style-type: none"> <li>• необходимых специалистов в штате или возможность их привлечения из других организаций;</li> <li>• помещения и выделенного в рабочем графике членов МДК времени для проведения собраний МДК – мультидисциплинарного совета (МДС)</li> </ul>		
		Обеспечения участия сестринского персонала в работе МДК	Проверить наличие годовой программы регулярных заседаний МДС и оценить полноту ведения протоколов плановых и внеплановых заседаний.		
3.	Система непрерывного обучения и развития сестринского персонала	Наличие системы непрерывного профессионального образования	<ul style="list-style-type: none"> <li>• наличие программы обучения медсестер на рабочем месте путем наставничества,</li> <li>• участие медсестер в циклах повышения квалификации и переподготовки (путем опроса – фактического использования персоналом возможности обучения для повышения квалификации и участия в семинарах и конференциях помимо места работы).</li> <li>• наличие и исполнение плана обучения - на текущий период.</li> </ul>		
4.	Организация безопасной среды для пациентов и персонала	Наличие программы вакцинации сестринского персонала против инфекций связанных с оказанием медицинской помощи (ИСМП), в соответствии с национальным календарем прививок	<p>Проверить наличие журнала вакцинации персонала и записей в нем</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• о вакцинации против гепатита В,</li> <li>• о проведении туберкулиновой пробы Манту,</li> <li>• о вакцинации против гриппа.</li> </ul>		

Продолжение таблицы Е1

№	Группы показателей	Показатели качества	Порядок оценки	Да	Нет
		Обеспечение безопасности при организации пространства внутри помещений	<p>Оценить планировку помещений: размещение помещений относительно друг друга (сестринский пост, жилые комнаты/палаты дневного стационара, санузлы, помещения для отдыха, для ожидания приема специалистов и пр.)</p> <p>Оценить рациональность и эргономичность планировки на предмет соответствия размерам каталок:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• дверных проемов,</li> <li>• ширины коридоров,</li> <li>• лестничных проемов,</li> <li>• кабин лифтов.</li> </ul>		
			<p>Оценить</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• наличие кроватей с возможностью изменения высоты, исправной тормозной системой, действующими ограничителями;</li> <li>• безопасность, эргономичность и исправность – кроватей, каталок, кресел;</li> <li>• отсутствие препятствий в виде порогов, излишней мебели;</li> <li>• наличие пандусов, перил, ограждений, спец.подъемников;</li> <li>• наличие приспособлений для ориентации слабовидящих пациентов и пациентов с когнитивными нарушениями</li> <li>• безопасность напольного покрытия, в том числе, скользкого пола при проведении влажной уборки;</li> <li>• наличие кнопок вызова помощи в туалетах и душевых и пр.</li> <li>• наличие ограничений выхода за территорию отделения пациентов с когнитивными нарушениями</li> </ul>		

Продолжение таблицы Е1

№	Группы показателей	Показатели качества	Порядок оценки	Да	Нет
		Обеспечение надлежащего санитарного состояния помещений	Проверка санитарного состояния помещений (путем наблюдения): <ul style="list-style-type: none"> <li>• общественных (коридоров и холлов)</li> <li>• жилых (комнат пациентов)/палат дневного стационара</li> <li>• помещений для занятий с пациентами</li> <li>• кабинетов специалистов и процедурных кабинетов</li> <li>• санузлов и</li> <li>• кухни</li> </ul>		
		Обеспечение возможности для мытья и дезинфекции рук	Наличие полностью оборудованных мест для мытья и обработки рук, а также наличие действующих дозаторов с антисептиком для дезинфекции рук во всех местах, где имеется риск контакта с инфекцией		
5.	Организация экстренной медицинской помощи пациентам	Обеспечение возможности оказания экстренной медицинской помощи пациентам в случаях острых и неотложных состояний	Наличие связи с бригадами скорой и неотложной помощи и медицины катастроф 24/7/365.  Возможность трансфера санитарным транспортом для госпитализации в стационар.		

Таблица Е-2 — Показатели качества процессов

№	Группы показателей	Показатели качества	Порядок оценки	Да	Нет
1.	Проведение первичного сестринского обследования	Наличие и исполнение медсестрами алгоритма (СОП) первичного сестринского обследования пациента: <ul style="list-style-type: none"> <li>• на амбулаторном приеме</li> <li>• при патронаже на дому</li> <li>• при приеме в медико-социальное учреждение долговременного пребывания</li> </ul>	Проверить наличие в сестринской документации <ul style="list-style-type: none"> <li>• сведений о сестринском анамнезе на основании опроса пациента, установленных физических показателей и скрининга основных функций,</li> <li>• сведений о сестринских диагнозах,</li> <li>• плана сестринских действий по реабилитации пациента</li> </ul>		

Продолжение таблицы Е2

№	Группы показателей	Показатели качества	Порядок оценки	Да	Нет
		Наличие учета пациентов, подлежащих наблюдению в амбулаторной зоне обслуживания, планов-графиков амбулаторных приемов и посещений на дому	Проверить ведение <ul style="list-style-type: none"> <li>• поименного учета пациентов, подлежащих ежегодному наблюдению на амбулаторном приеме, и отметок о результатах регулярных наблюдений,</li> <li>• поименного учета пациентов, подлежащих патронажу, и отметок о результатах регулярных посещений.</li> </ul>		
2.	Наблюдение за состоянием пациента	Наличие и исполнение медсестрами алгоритма (СОП) регулярного сестринского наблюдения пациентов	Проверка наличия в сестринской документации записей: <ul style="list-style-type: none"> <li>• о результатах скрининга физических показателей, функционального и когнитивного статуса,</li> <li>• о результатах регулярного мониторинга выявленных проблем (падения, недержание, гигиена, питание и пр.),</li> <li>• о внеплановых наблюдениях (в том числе, о виртуальных/телефонных контактах – при амбулаторном наблюдении),</li> <li>• об исполнении врачебных назначений.</li> <li>• об инцидентах (приступы, травмы, потеря протеза, срывание катетера или повязок, вызовы неотложной помощи, госпитализации),</li> <li>• об оказании необходимой сестринской медицинской помощи,</li> <li>• о коррекции сестринского плана (с указанием причин).</li> </ul>		
		Наблюдение медсестрами за внешним видом пациентов	Проверка наличия в документации сестринских записей о потребности пациента в помощи при осуществлении гигиенических процедур и фактах оказания помощи: <ul style="list-style-type: none"> <li>• при умывании и уходе за ногтями</li> <li>• при купании и одевании</li> <li>• при уходе за зубными протезами</li> </ul> Проверка наличия у пациентов (наблюдение): <ul style="list-style-type: none"> <li>• аксессуаров для купания и предметов личной гигиены</li> <li>• приспособлений/аксессуаров для ухода за полостью рта и зубными протезами</li> <li>• подходящей одежды и обуви</li> </ul>		

Продолжение таблицы Е2

№	Группы показателей	Показатели качества	Порядок оценки	Да	Нет
		Наблюдение медсестрами за физической активностью пациентов.	Проверка наличия в сестринской документации записей (и наблюдение): <ul style="list-style-type: none"> <li>• о стимуляции физической активности и хождения</li> <li>• о необходимости фиксации пациентов (физическом или медикаментозном сдерживании подвижности и мобильности) в указаниях членов МДК,</li> <li>• о фактах фиксации пациентов,</li> <li>• о выполнении правильного усаживания пациентов (исправления осанки при усаживании в течение дня),</li> <li>• о мониторинге изменения положения тела (при болях, пролежнях – для малоподвижных пациентов).</li> </ul>		
		Поддержание медсестрами коммуникации с пациентами	Проверка наличия в документации сестринских записей о коммуникативных проблемах пациента (зрение, слух, когнитивные нарушения) с упоминанием периодичности оценки состояния		
3.	Выполнение порядков оказания медицинской помощи пациентам при острых состояниях	Наличие и исполнение медсестрами алгоритма (СОП) оказания помощи пациентам при острых состояниях.	Оценить знания медсестер о порядке оказания помощи пациентам при острых состояниях, включая вопросы: <ul style="list-style-type: none"> <li>• оказания сестринской экстренной помощи,</li> <li>• внешних консультаций,</li> <li>• дополнительных исследований,</li> <li>• порядка обращения в службы неотложной и скорой помощи</li> </ul>		
		Информирование пациента и уполномоченных пациентом законных представителей о необходимости, целях, условиях и организации госпитализации в стационар больницы общего профиля	Оценить качество информирования путем опроса пациента или родственников (при возможности).		

Продолжение таблицы Е2

№	Группы показателей	Показатели качества	Порядок оценки	Да	Нет
		Наличие алгоритма госпитализации пациентов из медико-социального учреждения длительного пребывания в стационар больницы общего профиля	<p>Проверить наличие и знание медсестрами алгоритма</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• госпитализации пациента в стационар,</li> <li>• приема пациента обратно после выписки (в том числе, контроль соответствия клинического статуса пациента возможностям дальнейшего пребывания в учреждении),</li> <li>• передачи информации о проведенном лечении при возвращении пациента в учреждение</li> </ul>		
4.	Обеспечение преемственности сестринской помощи	Наличие и исполнение медсестрами алгоритма (СОП) передачи клинической ответственности за пациента	Оценить точность и полноту записей в сестринской документации при передаче клинической ответственности за пациента		
5.	Обеспечение клинической безопасности пациентов – предупреждение нанесения пациенту вреда и профилактика инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (ИСМП)	Наличие и исполнение алгоритма (СОП) по обеспечению клинической безопасности пациентов при проведении лекарственной терапии и сестринских вмешательств	Проверить соответствие идентификаторов личности пациента (не менее двух идентификаторов), указанных на его браслете (или табличке на кровати) и информации, содержащейся в его истории болезни (например, ФИО полностью, год рождения, номер истории болезни и пр.). Оценить (путем наблюдения) соблюдение медсестрами требования идентификации личности пациента перед проведением сестринских вмешательств.		
			Оценить возможность доступа сестринского персонала к базе данных имеющихся в МО лекарственных препаратов 24/7/365		
			Проверить методом случайной выборки соблюдение медсестрами правил хранения (в местах, недоступных для пациентов или посетителей) минимум 5-ти ЛП на соответствие условий хранения требованиям производителя, а также на соответствие следующим требованиям:		
			<ul style="list-style-type: none"> <li>• хранение в первичной упаковке, отсутствие перефасованных ЛП,</li> <li>• отсутствие вскрытых флаконов и ампул с ЛП,</li> <li>• сохранение целостности конвалют с таблетками и капсулами,</li> <li>• отсутствие ЛП с истекшим сроком годности</li> </ul>		

Продолжение таблицы Е2

№	Группы показателей	Показатели качества	Порядок оценки	Да	Нет
			Проверить соблюдение медсестрами правил хранения и использования стерильных материалов на соответствие упаковки, условий и сроков хранения, соблюдения антисептики при работе.		
			Оценить соблюдение алгоритма раздачи ЛП (в соответствии с назначением и правильному пациенту) с указанием в документации: <ul style="list-style-type: none"> <li>• даты</li> <li>• времени суток</li> <li>• подписи медсестры</li> </ul>		
			Проверить наличие записей медсестры с оценкой эффективности воздействия ЛП на предмет: <ul style="list-style-type: none"> <li>• жалоб,</li> <li>• клинических проявлений (наличие/отсутствие боли, снижение/повышение АД или пульса и пр.),</li> <li>• лабораторно-диагностических показателей.</li> </ul>		
			Оценить путем опроса качество разъяснения медсестрой и понимание пациентами и/или их родственниками (в случае сниженного когнитивного статуса пациента) цели назначения и алгоритма приема ЛП, побочных эффектов и возможных альтернатив.		
			Оценить знания и навыки медсестер (путем наблюдения, при возможности) по профилактике инфекций при катетеризации сосудов, включая следующие этапы: <ul style="list-style-type: none"> <li>• постановка катетера,</li> <li>• уход за катетером,</li> <li>• уход за повязкой,</li> <li>• смена и удаление катетера,</li> <li>• антибиотикопрофилактика.</li> </ul>		

Продолжение таблицы Е2

№	Группы показателей	Показатели качества	Порядок оценки	Да	Нет
			<p>Оценить знания и навыки медсестер (путем наблюдения, при возможности) по профилактике инфекций при катетеризации мочевого пузыря, включая следующие этапы:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• постановка катетера,</li> <li>• использование закрытой дренажной системы (или прерывистой катетеризации),</li> <li>• уход за катетером,</li> <li>• смена и удаление катетера.</li> </ul>		
			<p>Оценить знания и навыки медсестер (путем наблюдения, при возможности) по соблюдению антисептики при уходе за пролежнями, ожогами, послеоперационными ранами (обработка антисептиками, методика бесконтактных повязок) и др.</p>		
6.	Обеспечение инфекционной безопасности – предупреждение распространения массовых инфекционных заболеваний	Наличие и исполнение алгоритма (СОП) по обеспечению инфекционной безопасности	<p>Оценить знания и соблюдение медсестрами правил изоляции пациентов (с инфекциями, передающимися воздушно-капельным путем, с другими опасными инфекциями) – в условиях стационара.</p> <p>Проверить (путем наблюдения) соблюдение медсестрами правил антисептики (обязательное мытье рук до и после контакта с пациентом) и использование индивидуальных средств защиты при уходе за пациентами (при рисках передачи инфекций):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• перчаток (стерильных и нестерильных),</li> <li>• масок и/или респираторов,</li> <li>• униформы и сменной обуви.</li> </ul> <p>Проверить (путем опроса 5-ти пациентов) соблюдение медсестрой правил защиты от инфекций при посещении пациентов на дому:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• мытье рук перед контактом с пациентом и после него</li> <li>• нахождение в медицинском халате, в сменной обуви (или бахилах) и без головного убора</li> </ul>		

Продолжение таблицы E2

№	Группы показателей	Показатели качества	Порядок оценки	Да	Нет
7.	Обеспечение физической безопасности – предупреждение травм, повреждений	Наличие и исполнение алгоритма действий сестринского персонала при возникновении чрезвычайных обстоятельств.	Оценить знание медсестрами алгоритма действий в чрезвычайных обстоятельствах, в том числе, порядка вывода пациентов в безопасное место (при пожаре, взрыве, стихийных бедствиях и т.п.). Проверить наличие записей медсестры в релевантной документации о фактах/угрозах (время, место, подпись) возникновения чрезвычайных ситуаций		
	кожи и ухудшения здоровья	Наличие и исполнение алгоритма (СОП) по профилактике падений	Проверить наличие и знание медсестрами алгоритма оценки риска падений пациентов.		
			Проверить наличие системы идентификации пациентов с высоким риском падений (спец.отметок на медкарте, табличек на кровати, браслетов и т.п.) – в стационаре		
			Оценить соблюдение следующих правил профилактики падений в стационаре: <ul style="list-style-type: none"> <li>• размещение пациентов с высоким риском падений вблизи сестринского поста, на минимально возможном расстоянии от санузла и наличие свободного прохода к нему,</li> <li>• использование кресел-каталок для перемещения пациентов,</li> <li>• сопровождение пациентов при передвижении.</li> </ul>		
			Проверить наличие в сестринской документации: <ul style="list-style-type: none"> <li>• регистрации (время, место, обстоятельства, подпись) медсестрами каждого случая падений пациентов,</li> <li>• регистрации информации о всех случаях падений пациентов с последующим анализом случаев и разработкой решений о мерах профилактики.</li> </ul>		
			Проверить информированность пациентов и членов их семей о необходимости соблюдения мер предосторожности при передвижениях (использование правильной обуви, тростей, ходунков и других вспомогательных средств передвижения).		

Продолжение таблицы E2

№	Группы показателей	Показатели качества	Порядок оценки	Да	Нет
		Наличие и исполнение алгоритма (СОП) по профилактике пролежней и других повреждений кожи пациентов	Проверить знание и исполнение медсестрами алгоритма регулярного наблюдения за состоянием кожи пациентов. Оценить (путем наблюдения) состояние кожи у лежачих пациентов.		
			Проверить наличие в сестринской документации записей: <ul style="list-style-type: none"> <li>• об оценке риска пролежней,</li> <li>• о мониторинге пациентов с пролежнями разной степени тяжести,</li> <li>• о выполнении регулярного изменения положения тела (каждые 2 часа) – для малоподвижных пациентов,</li> <li>• о состоянии кожи стопы – у диабетиков,</li> <li>• об использовании средств защиты кожи (мази и гели),</li> <li>• об антисептической обработке ран.</li> </ul>		
			Проверить наличие и использование медсестрами противопролежневых матрасов, подушек, кругов, прокладок и пр.		
			Проверить наличие в сестринской документации: <ul style="list-style-type: none"> <li>• регистрации (время, место, обстоятельства, подпись) медсестрами каждого случая возникновения пролежней у пациентов,</li> <li>• регистрации информации о всех случаях пролежней у пациентов с последующим анализом случаев и разработкой решений о мерах профилактики.</li> </ul>		
			Проверить информированность пациентов и членов их семей (путем опроса) по вопросам профилактики и лечения пролежней.		

Продолжение таблицы Е2

№	Группы показателей	Показатели качества	Порядок оценки	Да	Нет
		Наличие и исполнение алгоритма (СОП) по профилактике ухудшений здоровья пациентов, связанных с проблемами питания	Проверка наличия в сестринской документации записей: <ul style="list-style-type: none"> <li>• о проблемах питания/кормления пациента (зубные протезы, трудности глотания, отсутствие аппетита, снижение веса)</li> <li>• о видах предпочитаемой пищи, о диете, о спец. приспособлениях для кормления (гастростома)</li> <li>• о плане и фактах вмешательств при выявлении проблем питания/кормления</li> <li>• о ежемесячном взвешивании</li> </ul>		
			Проверить соответствие требованиям (беседы и отчет кухни) распределения часов кормления и промежутков между ними		
		Наличие и исполнение алгоритма (СОП) по профилактике ухудшений здоровья пациентов, связанных с проблемами инконтиненции	Проверка наличия в сестринской документации записей: <ul style="list-style-type: none"> <li>• о пациентах, нуждающихся в контроле физиологических отправлениях,</li> <li>• о плане и фактах вмешательств с целью сохранения контроля над физиологическими отправлениями и соблюдения гигиены,</li> <li>• о плане вмешательств с целью профилактики запоров</li> </ul>		
		Наличие и исполнение алгоритма (СОП) по профилактике ухудшений здоровья пациентов, связанных с присутствием боли	Проверить знание и исполнение медсестрами алгоритма регулярной оценки боли у пациентов, проверить наличие в сестринской документации записей: <ul style="list-style-type: none"> <li>• о первоначальной оценке боли и о последующих оценках по мере клинической необходимости</li> <li>• о ежедневной оценке острой и хронической боли, в том числе, у некоммуникабельных пациентов</li> <li>• об оценке боли при медикаментозном лечении (до и после лечения)</li> </ul>		

Продолжение таблицы Е2

№	Группы показателей	Показатели качества	Порядок оценки	Да	Нет
8.	Обеспечение информационно й безопасности	Хранение персональной информации в условиях ограниченного доступа.	Проверить факт оформления медсестрой информированного согласия пациента или его законного представителя на обработку персональных данных.		
			Проверить возможность доступа медсестер к персональной информации пациентов (закрытые помещения или шкафы – для бумажных документов, система спец. программ и паролей – для электронных документов).		
9.	Соблюдение прав пациентов	Соблюдение медсестрами прав пациентов на всех этапах пребывания пациентов в учреждении.	<p>Проверка по наблюдениям и беседам:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• получения пациентами необходимых разъяснений перед обследованиями и вмешательствами,</li> <li>• соблюдения личного пространства и достоинства пациента при проведении вмешательств,</li> <li>• присутствия только необходимого персонала при раздевании пациента или при интимной беседе.</li> </ul>		
10.	Осуществление связи с семьей пациента	Поддержание медсестрами постоянной связи с семьей пациента и регулярное информирование членов семьи о состоянии пациента.	<p>Проверка наличия в документации сестринских записей:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• о проведении вводной беседы с семьей пациента (запись также должна быть в сестринском листе анамнеза при приеме)</li> <li>• о еженедельных часах приема старшей медсестры</li> <li>• о фактических беседах с семьей, в том числе – об обоюдной оценке ожидаемого состояния пациента при пребывании в учреждении</li> </ul>		

Продолжение таблицы E2

№	Группы показателей	Показатели качества	Порядок оценки	Да	Нет
11.	Организация паллиативного сестринского ухода.	Наличие и исполнение медсестрами алгоритма ухода за терминальными пациентами	<p>Проверка наличия в документации сестринских записей:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>о симптомах близкой смерти,</li> <li>об оперативном информировании семьи о состоянии пациента,</li> <li>о сокращении лечебных манипуляций в соответствии с назначением врача,</li> <li>о проводимом гигиеническом уходе,</li> <li>об оценке боли и адекватном обезболивании</li> <li>о предоставлении адекватного питания,</li> <li>об оказании умирающему пациенту и его семье психологической поддержки с соблюдением этических норм – обеспечение присутствия возле пациента членов семьи (психотерапевта, религиозных служителей).</li> </ul>		
12.	Организация обращения с телом умершего пациента.	Наличие и исполнение медсестрами алгоритма обращения с телом умершего пациента.	<p>Проверка наличия в релевантной документации сестринских записей:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>об идентификации тела умершего пациента,</li> <li>об эвакуации тела умершего в морг с сохранением уважения к личности умершего</li> <li>о допуске к телу родственников</li> <li>о выдаче правильно заполненного заключения о смерти.</li> </ul>		
13.	Ведение сестринской документации	Наличие необходимых форм сестринской документации	<p>Проверить наличие и заполнение следующих форм сестринской документации:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>первичное сестринское обследование (анамнез, результаты осмотра и выявления физических показателей, проблем функциональности, социального и психоэмоционального статуса),</li> <li>сестринские диагнозы и план вмешательств, сведения о проведенных вмешательствах, информация о коррекции плана,</li> <li>результаты регулярного мониторинга физического, функционального и психоэмоционального статуса, включая регулярную оценку боли,</li> <li>сведения о возможных инцидентах (приступы, травмы, потеря протеза, срывание катетера или повязок, вызовы неотложной помощи, госпитализации),</li> <li>врачебные назначения и информация об исполнении.</li> </ul>		

Таблица ЕЗ — Показатели качества результатов

№	Показатели	Пациенты, проявившие нарушения за период наблюдения ( $\geq 6$ месяцев)	Количество пациентов
1.	Неадекватное питание	Пациенты, имеющие непреднамеренную потерю веса более 5 кг	
		Пациенты, проявившие мальнутрицию, потребовавшую применения принудительного кормления	
2.	Отсутствие контроля лекарственных препаратов	Пациенты, принимающие лекарства без врачебного контроля полгода и более	
3.	Падения	Пациенты, получившие травмы в связи с падениями	
4.	Любые травмы	Пациенты, получившие травмы в связи с обморожениями, ожогами и пр.	
		Пациенты, получившие травмы неясного происхождения из-за жестокого обращения окружающих	
5.	Неадекватный контроль пролежней	Пациенты, имеющие пролежни и не улучшившие их состояния или получившие новые пролежни	
6.	Неадекватный контроль боли	Пациенты, испытывающие хроническую боль и не получавшие соответствующей помощи и регулярной оценки боли	
7.	Неадекватный контроль физиологических отпавлений	Пациенты, испытывающие недержание мочи/кала и не улучшившие (или ухудшившие) состояние	
		Пациенты, имеющие постоянный мочевыводящий катетер	
8.	Нарушения в повседневной активности	Пациенты, испытывающие затруднения в выполнении повседневных действий, не проявившие улучшений (или проявившие ухудшения) в IADL /BADL или не получающие регулярной оценки функциональности	
		Пациенты, испытывающие затруднения при перемещении (в том числе по дому/квартире) и не проявившие улучшений (или проявившие ухудшения)	
9.	Когнитивные нарушения	Пациенты, испытывающие снижение когнитивных функций или не получающие регулярной оценки когнитивного статуса	
		Пациенты, проявившие при обследовании симптомы функциональной депрессии или не получающие регулярной оценки психоэмоционального статуса	
		Пациенты, проявившие признаки возбужденного состояния и потребовавшие применения мер физического ограничения	
10.	Социальная изоляция	Одинокие пациенты или жалующиеся на снижение социальной активности	
11.	Госпитализация	Пациенты, госпитализированные в стационар	
12.	СМП или НМП	Пациенты, обратившиеся за экстренной медицинской помощью	