

# СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО В СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЕ

Н.В. Туркина, канд. мед. наук, Л.А. Босова, И.П. Королева, А.С. Черчевич

Санкт-Петербург

E-mail: FVSO@MAIL.RU

**Приведены действия медсестринского звена команды общей практики, берущего на себя большую часть профилактической и санитарно-просветительной работы.**

**Ключевые слова:** профилактическая медицина, семейная медицина, медсестра общей практики.

В последние годы в обществе ощущается все больший интерес к проблеме охраны здоровья. Вызван он прежде всего ухудшением качества жизни населения. Центром приложения сил медицины как научно-практической отрасли должен быть не только больной, но и в полной мере здоровый человек, охрана и укрепление его здоровья. Единственный реальный путь решения проблем в области здравоохранения – профилактика. Профилактическая медицина играет основополагающую роль в деле сохранения и укрепления здоровья семьи и увеличения продолжительности жизни.

В условиях продолжающейся реформы российского здравоохранения происходит внедрение в жизнь системы лечебно-профилактической помощи населению, в которой главными действующими лицами являются семейный врач и семейная медсестра.

Отправным пунктом внедрения новой организационной формы в отечественное здравоохранение стал приказ № 237 Министерства здравоохранения и медицинской промышленности Российской Федерации от 26.08.92 «О поэтапном переходе к организации первичной медицинской помощи по принципу врача общей практики (семейного врача)». В Концепции развития здравоохранения и медицинской науки в РФ, принятой в 1997 г., первичная медико-санитарная помощь (ПМСП) рассматривается в качестве основного звена здравоохранения, и особая роль в ней отводится семейной медицине. Создание службы семейного врача направлено на раннее выявление заболеваний, формирование у населения здорового образа жизни, сохранение трудового потенциала страны, снижение преждевременной смертности [3].

С 1997 г. обучение в системе медицинского профессионального образования проводится в соответ-

ствии с государственными образовательными стандартами. Согласно решениям Министерства здравоохранения Российской Федерации, принимаются меры по совершенствованию качества профессиональной подготовки специалистов сестринского дела. Внесены изменения в содержание преподавания с переориентацией на медико-санитарную и медико-социальную профилактику, обучение новым технологиям сестринской практики, повышение ответственности сестринского персонала, соблюдение им этических норм [1, 2].

Для проведения реформ в сестринском деле требуется решить проблемы:

- совершенствования системы профессиональной подготовки и использования сестринского персонала;
- укрепления нормативной правовой, материально-технической и организационно-методической базы;
- улучшения управления сестринской деятельностью;
- информационного обеспечения организации сестринского дела.

Санкт-Петербург находится в авангарде регионов, реформирующих первичное звено медицинской помощи в соответствии с принципами семейной медицины, и проблемы становления в нем общей врачебной практики можно проецировать на всю Россию [3].

Отделение врачей общей практики поликлиники № 54 Калининского района было открыто 1 сентября 1997 г. Для изучения мнения пациентов о деятельности семейной медсестры было проведено анкетирование 200 респондентов (рис.1).

На вопрос: «Знали ли Вы раньше, кто такой семейный врач?» 27% респондентов ответили, что знали; 73% узнали о семейной медицине со дня создания офиса на территории их проживания, после



Рис. 1. Состав принявших участие в анкетировании



**Рис. 2.** Медсестра общей практики Л.А. Босова определяет остроту зрения



**Рис. 3.** Л.А. Босова снимает ЭКГ у пациентки на дому

того как они стали обслуживаться у врача общей практики. 90,3% работающих устраивает система предварительной записи на прием, так как они могут записаться по телефону и спланировать свой день, а не стоять в очереди. 9,7% пожилых пациентов предпочитают приходить к врачу в порядке «живой очереди», объясняя это тем, что им спешить не надо и, сидя в очереди, они общаются, узнают новости.

В офисе врача общей практики работает отделение социальной реабилитации, в котором пенсионеры находятся в течение дня (с 9.00 до 18.00) с двухразовым питанием. Здесь они занимаются

трудотерапией, ЛФК, рукоделием, изготавливают разные поделки, участвуют в художественной самодеятельности, для них организуются автобусные экскурсии. Занятия проводят соцработник, психолог. Курс реабилитации длится 21 день, больные проходят его бесплатно 1 раз в 6 мес.

На вопрос: «Есть ли у Вас возможность до осмотра врача получить помощь, ответы на вопросы у медсестры общей практики?» 73% опрошенных ответили утвердительно. Такая возможность существует благодаря тому, что в офисе имеются кабинет врача, кабинет медсестры и манипуляционный кабинет. Медсестра не находится в одном кабинете с врачом. До того как пациент попадет на прием к врачу, медсестра выясняет, с какой проблемой пришел пациент, какие у него вопросы и самостоятельно решает, какие назначить исследования, исходя из жалоб, либо для проведения клинического минимума. Она проводит регистрацию ЭКГ, измеряет внутриглазное давление (ВГД), артериальное давление (АД), пульс, рост, массу тела, дает направления на исследования крови, мочи, на флюорографию. Медсестра может самостоятельно решить вопрос о необходимости проведения УЗИ почек, брюшной полости, эзофагогастродуоденоскопии, если у пациента есть уточненный диагноз и требуется регулярное наблюдение в динамике. Расчет времени на прием в офисе врача общей практики: 15 мин у врача и 15 мин у медсестры, в сумме минимальное время на прием 1 пациента составляет 30 мин (у участкового терапевта районной поликлиники норма на прием пациента – 7 мин).

#### Перечень манипуляций, выполненных медсестрой

Манипуляции	Число пациентов	
	абс.	%
Измерение АД, пульса	175	82,9
Измерение роста, массы тела	175	82,9
Регистрация ЭКГ	74	35,1
Прививки	21	9,9
Проверка остроты зрения, подбор линз	32	15,1
Промывание ушей	13	6,1
Измерение ВГД	57	27
Выписка рецептов, направлений	123	58,2
Обслуживание на дому	22	10,4
Обслуживание по телефону	48	22,7
Перевязки	6	2,8
Гинекологический осмотр	5	2,3
Инъекции (подкожные, внутримышечные, внутривенные)	78	36,9
Направление в дневной стационар	18	8,5
Измерение уровня сахара, уровня холестерина в крови	21	9,9
Психологическая помощь (беседы, разговоры разъяснения и т.д.)	181	85,7

В таблице приведены ответы на вопрос: «Какие из перечисленных манипуляций Вам (или Вашим родственникам) делала медсестра?»

Благодаря такому обслуживанию в кабинете семейной медсестры пациенты реже нуждаются в записи на прием к специалистам.

На вопрос: «Как часто медсестра могла решить Вашу проблему, не консультируясь с врачом?» 53,5% респондентов ответили, что часто, получив направление на анализ или разъяснения медсестры, они уже не нуждались в консультации специалиста. До лечения в офисе врача общей практики они не знали, что многие вопросы семейная медсестра может решить самостоятельно.

**Пример 1.** Первичная пациентка 65 лет, инвалид II группы, не работает, в анамнезе – аутоиммунный тиреозит (АИТ), в течение 8 лет принимает левотироксин в дозе 50,0 мг. На прием записалась для получения бесплатного рецепта на препарат. Жалоб не предъявляет. Последний раз у эндокринолога наблюдалась 3 года назад, никаких исследований не проходила.

Медсестра дала направления на:

- УЗИ щитовидной железы;
- флюорографию;
- анализ крови на гормоны щитовидной железы (Т3, Т4, ТТГ, АТ);
- биохимический анализ крови (на сахар, холестерин);
- выполнить регистрацию ЭКГ;
- измерила рост, массу тела (+ 5 кг по сравнению с прошлым годом).

Порекомендовала прийти на прием к врачу с результатами исследования (запас лекарственных препаратов пациентка имеет на 10 дней).

**Пример 2.** На прием пришла мама 24 лет с 5-летним ребенком, чтобы выписать его в детский сад после острого респираторного заболевания (ОРЗ). При осмотре врачом у ребенка выявлены остаточные явления ОРЗ и продлен больничный лист по уходу за ребенком на 3 дня. Медсестра предложила маме, учитывая, что она не работает в данный момент, пройти диспансерный осмотр.

Женщине сделали:

- ЭКГ;
- измерили рост, массу тела, температуру тела;
- осмотрели кожные покровы и зев;
- оформили направление на клинический анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови (на сахар, холестерин).

Кроме того, она прошла флюорографию, прививку против гепатита В.

Заключение и рекомендации врача женщина получит через 3 дня при последующем осмотре ребенка.



**Рис. 4.** Л.А. Босова осматривает новорожденного на дому при контрольном посещении

На этом примере мы видим, что можно обследоваться у того же врача, что и ребенок, в период пребывания на больничном листе по уходу за ним, не дожидаясь каких-либо жалоб, обострений хронических заболеваний. Медсестра должна разъяснить маме ребенка необходимость регулярных осмотров у гинеколога, маммолога, терапевта и других специалистов при наличии определенных заболеваний, а также для своевременного их выявления и лечения.

**Пример 3.** На прием к врачу записалась женщина 74 лет с диагнозом ЖКБ. Группы инвалидности не имеет. Объясняет это тем, что «нет сил ходить» по врачам, стоять в очередях и не знает, с чего надо начинать оформление инвалидности. Медсестра объяснила, как проходит процедура оформления медико-социальной экспертизы (МСЭ) у семейного врача. Измерила АД, пульс, рост, массу тела, ВГД, сняла ЭКГ, оформила направление на клинический и биохимический анализы крови, общий анализ мочи, направила на флюорографию, записала пациентку в удобное для нее время еще на 2 осмотра к врачу, объяснила, что в один из приемов женщина пройдет гинекологический осмотр.

На данном примере можно видеть, как пациент за 3 осмотра у врача и медсестры в одном кабинете получает все, что необходимо для направления на МСЭ (кроме лабораторных исследований, которые проводятся в другой день в лаборатории). При этом пациентке было все разъяснено, она успокоилась, получила рекомендации для дальнейшего лечения и разъяснение о необходимости соблюдения этих рекомендаций (рис. 2–4).

53% респондентов отметили, что семейная медсестра интересуется личной жизнью пациентов, часто консультирует как психолог (к ней можно прийти и просто поговорить). Подсчитано, что 54,5% пациентов обращаются за помощью (медицинской,

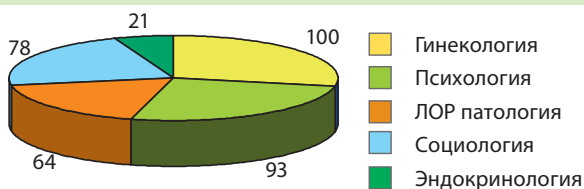


Рис. 5. Области знаний, в которых медсестры (в %) хотели бы усовершенствоваться

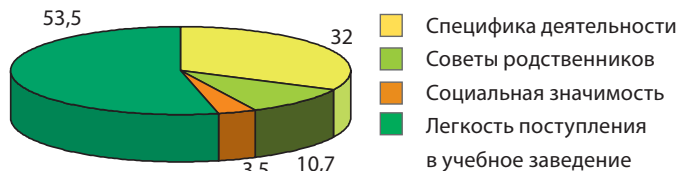


Рис. 6. Основные мотивы выбора профессии медсестрами (в %)

психологической, правовой и др.) сначала к семейной медсестре, а затем, через некоторое время, – к врачу; 36% опрошенных обращаются только к семейному врачу.

Таким образом, благодаря своей компетентности, знаниям, высокому профессионализму семейная медсестра имеет возможность принимать самостоятельные решения, освобождает врача общей практики от лишних консультаций, вызовов на дом к пациентам с хроническими заболеваниями, т.е. высвобождает время врача на прием пациентов, которым действительно необходима именно его консультация.

На вопрос: «С какими проблемами Вы чаще всего обращаетесь к медсестре?» получены следующие ответы:

- за информацией (каждому пациенту выдается «Медицинский паспорт пациента»);
- с лечебно-профилактическими;
- организационными;
- психологическими;
- личными.

Отвечая на вопрос: «Можете ли Вы доверить медсестре свои проблемы, связанные со здоровьем, отношениями в семье, с родными, детьми и т.д.?» 88,6% респондентов подчеркнули, что доверяют медсестре. Возможно, это связано с тем, что медсестра для многих является главным «лекарством». Она в состоянии успокоить, разъяснить назначение врача на доступном для пациента языке, может проконтролировать выполнение назначений, переговорить с родственниками, детьми и как нейтральный человек оказать психологическую поддержку. Остальные 11,3% опрошенных

привыкли общаться только с врачом, а медсестру всегда считали только «секретарем» доктора.

Семейная медсестра должна быть хорошо образованным профессионалом. В изученном нами отделении врачей общей практики у 32,1% медсестер – высшая квалификационная категория, у 67,8% – I. Основой практической деятельности семейной медсестры является непосредственная работа с пациентами или группой населения. На рис. 5 приведены области знаний, в которых медсестры, согласно полученным нами данным, хотели бы усовершенствоваться.

Нами изучены также основные мотивы, которыми руководствовались медсестры, выбирая профессию (рис. 6).

Таким образом, для становления семейной медицины необходима резкая активизация медсестринского звена команды общей практики. Грамотная медсестра общей практики способна взять на себя большую часть профилактической, санитарно-просветительной работы и тем самым значительно разгрузить семейного врача. Но здесь нельзя не вспомнить о низкой заработной плате медсестры, которая является одной из основных причин оттока медсестринских кадров из медицины. Другая проблема, требующая решения, – правовая поддержка медсестры, обеспечивающая легитимность ее самостоятельной деятельности. Дальнейший прогресс семейной медицины, которая является основной формой организации ПМСП, не реален без скорейшего решения этих проблем.

#### Литература

1. Перфильева Г.М. Что же такое сестринское дело? / Сестринское дело. – 1995; № 1.
2. Перфильева Г.М. Проект Государственной программы / Сестринское дело. – 1998; 4.
3. Руководство по профилактической деятельности врача общей практики (семейного врача) / Под ред. А.В. Шаброва, В.Г. Маймулова. – СПб.: Санкт-Петербургская государственная медицинская академия им. И.И. Мечникова, 1997. – 298 с.

#### ORGANIZING NURSE BUSINESS IN FAMILY MEDICINE: CURRENT ASPECTS

N.V. Turkina, Cand. Med. Sci.; L.A. Bosova, I.P. Koroleva, A.S. Cherchevich

Saint Petersburg

The paper outlines the actions of nurses as part of a general practice team, who undertake the bulk of prophylaxis and health education.

**Key words:** preventive medicine, family medicine, general practice nurse.