

Качество сестринского ухода при паллиативной помощи

С.Б. Диаш Фортеш, И.В. Островская

Медицинский институт Российского университета дружбы народов
Министерства науки и высшего образования РФ

e-mail: cellyfortes8@gmail.com

Информация об авторах

1. Диаш Фортеш Селестина Бернарда, бакалавр сестринского дела, <https://orcid.org/0000-0001-5584-9288>

2. Островская Ирина Владимировна, канд. псих. наук, МВА, ст. преподаватель кафедры управления сестринской деятельностью медицинского института ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов» Министерства науки и высшего образования РФ. <https://orcid.org/0000-0001-7932-4216>

Резюме

Статья посвящена результатам исследования критериев качества сестринского ухода при оказании паллиативной помощи. Выявлены знания и умения, определяющие профессиональную компетентность медицинских сестер ГБУЗ «Центр паллиативной помощи ДЗМ». В работе раскрываются проблемы оказания паллиативной помощи, которые часто снижают ее качество, даются рекомендации учреждениям и медицинским сестрам по повышению качества сестринского ухода.

Ключевые слова: качество медпомощи, паллиативная помощь, сестринский уход, медицинские сестры.

Для цитирования: Диаш Фортеш С.Б., Островская И.В. Качество сестринского ухода при паллиативной помощи. Медицинская сестра. 2021; 2 (23): 3–9.

DOI: <https://doi.org/10.29296/25879979-2021-02-01>

Quality of nursing care in palliative care

S.B. Dias Fortes, I.V. Ostrovskaya

Medical Institute of Peoples' Friendship University of Russia of the Ministry of Science and Higher Education of the Russian Federation. e-mail: cellyfortes8@gmail.com

Information about the authors

1. Dias Fortes Celestina Bernarda, Bachelor of Science in Nursing, email cellyfortes8@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0001-5584-9288>

2. Irina. V. Ostrovskaya, Ph.D., MBA, Lecturer, Nursing Management Department, Medical Institute, People's Friendship University of Russia, Russian Ministry of Science and Higher Education, <https://orcid.org/0000-0001-7932-4216>

Abstract

This topic is based on a study that leads to an evaluation of the criteria of quality of nursing care in palliative care. Identification

of skills, knowledge, professionalism, that is, the overall professional competence of nurses GBUZ «Center for Palliative Care DZM». The work explains the problems and barriers of palliative care, which often reduce the quality, how to evaluate the quality of medical services, the examination is explained in detail, the results and interpretations are shown, and recommendations are made to the institution and nurses to improve the quality of nursing care.

Key words: quality, palliative care, nursing care, nurses.

For citation: Dias Fortes S.B., Ostrovskaya I.V. Quality of nursing care in palliative care. The Nurse, 2021; 2 (23): 3–9. DOI: <https://doi.org/10.29296/25879979-2021-02-01>



Введение

Актуальность темы связана с появлением новых неинфекционных заболеваний и постепенным старением населения. Возникла необходимость в повышении эффективности услуг и качества паллиативной помощи, предоставляемой неизлечимым пациентам.

Паллиативная медицинская помощь состоит из комплексов мероприятий, направленных на улучшения качества жизни неизлечимых пациентов. Создаются условия для того, чтобы люди, которые нуждаются в паллиативной помощи, могли ее получить. Поэтому она оказывается в больницах, на дому, в поликлиниках, в хосписах.

Врачи и медицинские сестры, психологи и священники, волонтеры и социальные работники стараются облегчить участь инкурабельного пациента.

Медицинские сестры проводят больше времени с пациентами и семьями, чем любой другой медицинский работник. Они должны уменьшать стра-

дания тех, кто сталкивается со смертью, и предлагать поддержку для удовлетворения физических, социальных, психологических и духовных потребностей пациентов и их семей [3]. Исследования подтверждают, что медицинские сестры выполняют разные роли. К ним относятся как члены многопрофильной консультационной группы, так и специалисты по управлению болью [5].

Медицинская сестра обучает, дает советы и оказывает эмоциональную поддержку пациентам и членам их семей. Другие обязанности включают в себя оценку физического состояния, консультирование, обучение пациента и его близких, непосредственно уход и множество других видов вмешательств [4].

Медицинские сестры могут контролировать оказание медицинской помощи другим медицинским персоналом, таким как младший медицинский персонал, а также проводить исследования в поддержку улучшения практики и результатов лечения пациентов.

ВОЗ определяет паллиативную помощь как предотвращение и облегчение страданий взрослых, детей и их семей, сталкивающихся с проблемами, связанными с опасными для жизни заболеваниями. Эти проблемы включают физические, психологические, социальные и духовные страдания пациентов и членов их семей. Паллиативная помощь [8]:

- влечет за собой раннее выявление, оценку и лечение этих проблем;
- улучшает качество жизни, способствует сохранению достоинства и комфорту пациента, а также может положительно влиять на течение болезни;
- обеспечивает сопровождение пациента и его семьи на протяжении всего заболевания;
- должна быть интегрирована с профилактикой, ранней диагностикой и лечением серьезных или ограничивающих жизнь проблем со здоровьем и дополнять их;
- применяется на ранних стадиях болезни в сочетании с другими методами лечения, которые предназначены для продления жизни;
- помогает в принятии решения об оптимальном использовании поддерживающего жизнь лечения;
- применима к тем, кто живет с длительными физическими, психологическими, социальными или духовными последствиями серьезных или угрожающих жизни заболеваний или их лечения;
- сопровождает и поддерживает скорбящих членов семьи после смерти пациента, если это необходимо;

- стремится защитить пациентов и их семьи от финансовых затруднений из-за болезни или инвалидности;
- должна применяться работниками здравоохранения на всех уровнях системы здравоохранения, включая бригаду первичной медико-санитарной помощи, врачей общего профиля и специалистов по многим дисциплинам и с различными уровнями подготовки и навыков паллиативной помощи, от базового до среднего и специализированного;
- поощряет активное участие сообществ и членов сообщества;
- должна быть доступна на всех уровнях систем здравоохранения и в домах пациентов;
- улучшает непрерывность медицинской помощи и тем самым укрепляет системы здравоохранения.

В 2014 году 67 сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения постановила, что «этическим долгом медицинских работников является облегчение боли и страданий, будь то физических, психосоциальных или духовных, независимо от того, можно ли излечить болезнь или состояние» [9]. В той же резолюции говорится, что «паллиативная помощь является этической обязанностью систем здравоохранения ...», и что интеграция паллиативной помощи в систему общественного здравоохранения имеет важное значение для достижения цели устойчивого развития: всеобщего охвата услугами здравоохранения. Таким образом, паллиативная помощь — это не вариант, а медицинская и этическая необходимость, которая должна быть доступна любому нуждающемуся на всех уровнях системы здравоохранения.

Анализ состояния паллиативной помощи позволил выделить следующие уровни развития паллиативной помощи в мире [8].

- Группа 1. В странах этой группы ($n = 75$) деятельность в области хосписно-паллиативной помощи отсутствует.
- Группа 2. В этой группе стран ($n = 23$) имеются свидетельства широкомасштабных инициатив, направленных на создание организационного, кадрового и политического потенциала для развития служб хосписной и паллиативной помощи, хотя еще не создано ни одной службы. Деятельность по развитию включает в себя: посещение или организацию ключевых конференций; обучение персонала; лоббирование политиков и министерств здравоохранения
- Группа 3а. Изолированное паллиативное лечение. Эта группа стран ($n = 74$) харак-

теризуется развитием активности паллиативной помощи, которая носит неоднородный характер и не пользуется достаточной поддержкой; поиском источников финансирования, который часто сильно зависит от доноров; ограниченная доступность морфина; небольшим количеством услуг хосписно-паллиативной помощи, которые зачастую носят домашний характер и относительно ограничены численностью населения.

- Группа 3b. Предоставление общего паллиативного ухода. Эта группа стран (n = 17) характеризуется развитием активности паллиативной помощи в ряде мест с ростом местной поддержки в этих районах; несколькими источниками финансирования; наличием морфина; рядом услуг хосписно-паллиативной помощи от сообщества поставщиков, независимых от системы здравоохранения; организацией инициатив по обучению и обучению со стороны хосписных организаций.
- Группа 4a. Страны, где услуги хосписно-паллиативной помощи находятся на стадии предварительной интеграции в предоставление основных услуг. Эта группа стран (n = 25) характеризуется: развитием критической массы активистов паллиативной помощи в ряде мест; различными поставщиками паллиативной помощи и видами услуг; осведомленностью о паллиативной помощи со стороны медицинских работников и местных сообществ; наличием морфина и некоторых других сильных обезболивающих лекарств; обеспечением значительного числа инициатив в области профессиональной подготовки и обучения различными организациями.
- Группа 4b. Страны, где услуги хосписно-паллиативной помощи находятся на стадии углубленной интеграции в предоставление основных услуг. Эта группа стран (n = 20) характеризуется развитием критической массы активистов паллиативной помощи в самых разных местах; комплексным предоставлением всех видов паллиативной помощи несколькими поставщиками услуг; широкой осведомленностью о паллиативной помощи со стороны медицинских работников, местных общин и общества в целом; неограниченной доступностью морфина и всех других сильнодействующих обезболивающих лекарств; значительным влиянием паллиативной помощи на политику, в частности на политику общественного

здравоохранения; развитием признанных образовательных центров; академическими связями с университетами; существованием национальной ассоциации паллиативной помощи.

По мнению ВОЗ, Россия по уровню развития паллиативной помощи находится в группе 3a «Изолированное паллиативное лечение».

Эволюцию паллиативной помощи в России можно увидеть по разработке правовых законов и нормативных актов. В 2012 году был утвержден Приказ Минздрава Российской Федерации №1343н «Об утверждении порядка оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению», который действовал в течение 4-х лет и утратил силу в 2015 году. В этом же году вышел Приказ от 14 апреля 2015 г. №187н «Об утверждении порядка оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению».

В настоящее время паллиативная помощь в России регламентируется следующими правовыми актами [1, 2]:

- Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»
- Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31 мая 2019 г. №345н/372н «Об утверждении Положения об организации оказания паллиативной медицинской помощи, включая порядок взаимодействия медицинских организаций, организаций социального обслуживания и общественных объединений, иных некоммерческих организаций, осуществляющих свою деятельность в сфере охраны здоровья».

Это положение устанавливает правила организации оказания паллиативной помощи взрослым, детям и пожилым включая взаимодействие медицинских организаций, организаций социального обслуживания и общественных объединений, других некоммерческих организаций, работающих в области здравоохранения. Положение состоит из приложений, которые регламентируют не только медицинские показания для оказания паллиативной помощи, но и стандарты, которые регулируют деятельность независимо от организации, оказывающей паллиативную помощь (отделение паллиативной помощи для взрослых, отделение амбулаторной паллиативной помощи, дневной стационар для паллиативной помощи, отделение сестринского ухода, хоспис и дома).

Качество медицинской помощи охватывает очень широкие вопросы, начиная от образования и базовой санитарии, доступа к информации о программах первичной профилактики и отслеживания различных заболеваний, и заканчивая



Рис. 1. Ответы на вопрос «Всегда ли вы замечаете симптомы, мешающие комфорту пациента?»

вопросами профессиональной подготовки, наличия оборудования для дополнительной диагностики и терапевтических ресурсов.

Основные характеристики качества медицинской помощи: доступность, эффективность, оптимальность, безопасность, справедливость.

Теоретический анализ проблемы показал, что в России достаточно компонентов и ресурсов для обеспечения качества паллиативной помощи.

Описание методов исследования

Исследование проходило в 4 этапа, в рамках которых были проанализированы вопросы качества сестринского ухода при паллиативной помощи; разработана анкета, проведено анкетирование, проанализированы результаты, составлен отчет.

Опрос основан на разработанной нами анкете, состоящей из 17 вопросов, которые были подготовлены, чтобы проанализировать основные характеристики качества сестринского ухода при паллиативной помощи (ссылка на анкету <https://forms.gle/EXaBhh65Fe87E35eA>).

Исследование проводилось на базе ГБУЗ «Центр паллиативной помощи ДЗМ» в мае 2020 года. В нем приняли участие 57 медицинских сестёр.

Обсуждение результатов исследования

В исследовании приняли участие 57 медицинских сестер. 75,4% медицинских сестер работают в паллиативной медицине менее 5 лет; остальные

имеют опыт работы от 5 до 10 лет. Вероятно, это связано с тем, что в последние годы в России стала развиваться паллиативная медицина, и потребность в кадрах возросла.

Анализ ответов на вопрос о важности работы по оказанию паллиативной помощи показал, что все медицинские сестры считают свою работу важной для себя и для общества. То есть их мотивация оказания качественной помощи высока. Важно продолжать поддерживать мотивацию медицинских сестер.

Анализ ответов на вопрос: «Всегда ли вы замечаете симптомы, мешающие комфорту пациента?» показал, что 80,7% респондентов всегда замечают подобные симптомы. Остальные замечают такие симптомы часто (рис. 1).

Таким образом, подавляющее большинство респондентов заявили, что они способны всегда заметить симптомы, которые мешают комфорту пациента. Это говорит о высоком профессионализме медицинских сестер. Сестры могут определить, удовлетворение каких потребностей у пациента нарушено, и что нужно предпринять для изменения ситуации. Все это способствует обеспечению качества сестринского ухода.

Один из вопросов был посвящен оценке основных показателей качества паллиативной помощи, предоставляемой медицинскими сестрами. Анализ ответов на него показал, что большинство респондентов (82,5%) считают, что самым важным критерием является количество и качество общения с пациентами (рис. 2). Мы согласны с этим фактом, потому что именно через общение предпринимаются первые шаги для качественного оказания паллиативной помощи, оказания психоэмоциональной поддержки, повышения доверия к пациенту, умения собирать конкретную информацию о пациенте. Общение демонстрирует гуманизм профессии «сестринское дело» и ее человекоцентризм.

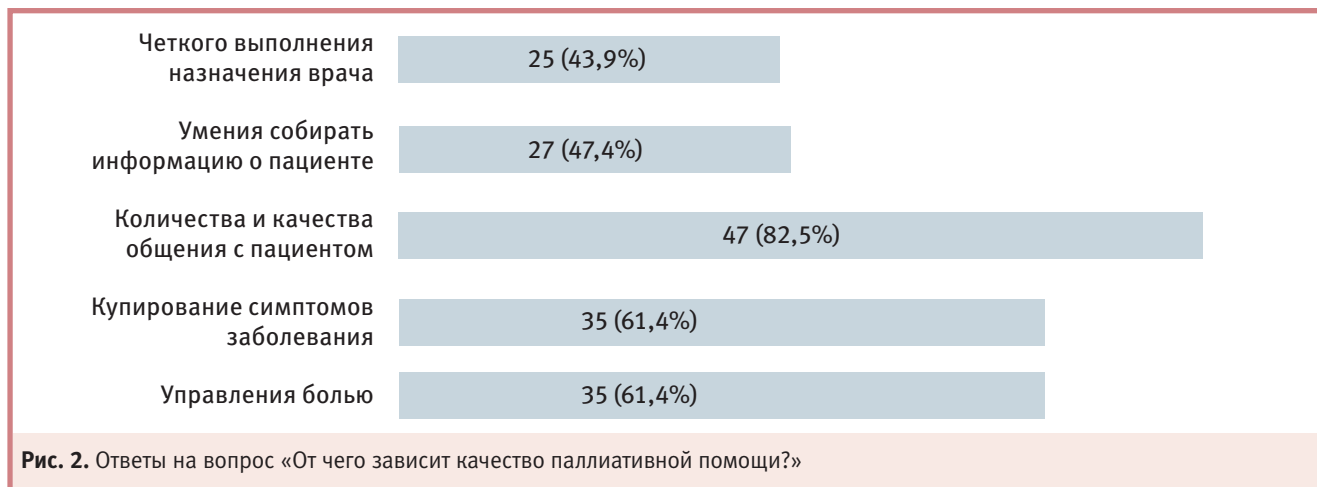
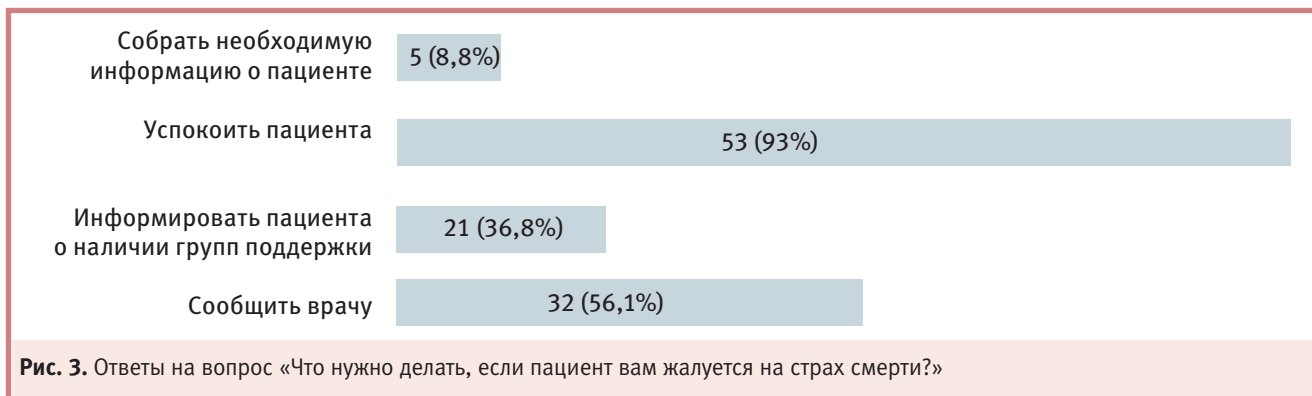


Рис. 2. Ответы на вопрос «От чего зависит качество паллиативной помощи?»

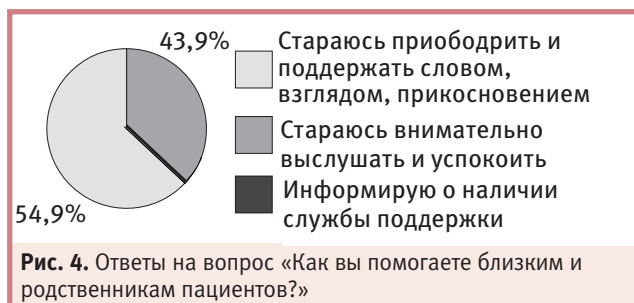


61,4% участников исследования считают, что качество паллиативной помощи зависит от купирования симптомов заболевания и управления болью. Мы согласны с участниками исследования, потому что купирование симптомов и боли – одна из задач паллиативной медицины.

Отрадно, что 40,4% респондентов никогда не испытывают трудности при общении с пациентами; 57,9% респондентов редко испытывают подобные трудности. Все это говорит о высоком профессионализме сотрудников Центра паллиативной помощи.

93% респондентов при ответе на вопрос: «Что нужно делать, если пациент вам жалуется на страх смерти?» считают, что медицинская сестра его должна в первую очередь успокоить (рис. 3). Это говорит о высоком профессионализме медицинских сестер, о их знаниях и умениях оказывать психоэмоциональную поддержку пациенту, что также способствует обеспечению качества сестринского ухода, его доступности и эффективности.

Чуть больше половины респондентов также считает, что необходимо сообщить о жалобах пациента на страх смерти врачу. Это говорит о том, что медицинские сестры понимают зону своей ответственности и необходимость в привлечении других специалистов.



Как медицинские сестры помогают близким и родственникам пациентов (рис. 4)?

- 54,4% участников исследования стараются приободрить и поддержать словом, прикосновением, взглядом;
- 43,9% участников стараюсь внимательно выслушать и успокоить;
- и лишь 1,7% информируют о наличии службы поддержки.

Анализ данных, представленных на рис. 4, показывает, что большинство респондентов знают, как тактильный контакт, улыбка, добрые слова, зрительный контакт имеют большое значение при оказании паллиативной помощи. Понятно, что это не единственный используемый метод. Вторым используемым вариантом является выслушивание и снятие беспокойства.



Что способствует обеспечению качества оказания паллиативной помощи? (рис. 5)

Анализ данных, представленных на рис. 5, показывает, что подавляющее большинство респондентов (91,2%) считают, что профессионализм способствует обеспечению качества оказания паллиативной помощи. Это полностью согласуется с результатами теоретического анализа проблемы.

Вторым по важности условием обеспечения качества сестринской помощи респонденты (63,2%) называют условия оказания паллиативной помощи.

Мы попросили респондентов оценить по 10-балльной шкале уровень оказания паллиативной помощи в Центре. Средний балл оказался высоким – 9,22. Это говорит о том, что в Центре созданы все условия для оказания качественной паллиативной помощи. В первую очередь это касается подготовки трудовых и материальных ресурсов.

Рекомендации

Для администрации Центра паллиативной помощи данные рекомендации направлены на:

- разработку мероприятий для повышения профессиональной компетентности опытных медицинских сестер;
- обеспечение мероприятий для повышения комфорта пациента и их семьи, а также для коллектива;
- разработку стратегии для управления качеством сестринского ухода и для повышения ресурсов.

Рекомендации для медицинских сестёр Центра паллиативной помощи:

- создавайте условия для общения между пациентами;
- изучайте методы улучшения общения с пациентами и их семьями;
- предлагайте пациентам возможности для самовыражения;
- повышайте свою квалификацию, когда это возможно, и используйте полученную информацию для повышения качества жизни неизлечимо больного пациента.

Выводы

1. Медицинские сестры Центра паллиативной помощи выполняют свои задачи качественно. Они:

- очень внимательны к пациентам;
- общаются с пациентами и их семьями, умеют слушать и психоэмоционально поддерживать;
- умеют решать трудные и сложные ситуации;
- умеют оценивать физиологические и эмоци-

ональные состояния пациентов и выполнять манипуляции.

2. Теоретический анализ проблемы показал, что облегчение боли и симптомов заболевания являются приоритетными показателями, определяющим качество сестринского ухода при оказании паллиативной помощи. Однако на практике, согласно результатам проведенного исследования в Центре паллиативной помощи, отмечается, что наиболее важным показателем является качество и количество общения с пациентом.

Другими словами, облегчение боли и симптомов — это проблемы, решаемые в Центре, поскольку медицинские сестры выполняют манипуляции качественно. У пациентов сохраняется психологическая боль, и поэтому общение с пациентом очень важно для психологической поддержки, и может рассматриваться как важнейший показатель обеспечения качества паллиативной помощи.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов. Статья не имеет спонсорской поддержки.

The authors declare no conflict of interest.
The article is not sponsored.

Литература

1. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» [Электронный ресурс] / Консультант-плюс. - 1999-2020. – Электрон. дан. – Режим доступа: <http://www.consultant.ru/> (дата обращения 10.04.2020).

2. Приказ Министерства здравоохранения РФ и Министерства труда и социальной защиты РФ от 31.05.2019 № 345н/372н «Об утверждении Положения об организации оказания паллиативной медицинской помощи, включая порядок взаимодействия медицинских организаций, организаций социального обслуживания и общественных объединений, иных некоммерческих организаций, осуществляющих свою деятельность в сфере охраны здоровья». [Электронный ресурс] / Гарант. - 1990-2020. – Электрон. дан. – Режим доступа: <https://base.garant.ru> (дата обращения 12.04.2020).

3. Сайт ГБУЗ Московский многопрофильный Центр паллиативной помощи Департамента здравоохранения города Москвы [Электронный ресурс] / Центр паллиативной помощи Департамента здравоохранения города Москвы - 2017-2020. – Электрон. дан. – Режим доступа: <https://cpmdzm.moscow/> (дата обращения 22.04.2020).

4. Bradley, E.H. Nurses use of palliative care practices in the acute care setting / E.H. Bradley, E. Cherlin - Berlin: J.: -Prof Nur., 2001. - 88 p.

5. Ditullio, M. The struggle for the soul of hospice: Stress, coping, and change among hospice workers / M. Ditullio, D. MacDonald – Amsterdam: J. Hosp. Palliat. Care, 2013. – 55-641p.

6. Pessini, L. Humanizao e cuidados paliativos / L. Pessini, L. Bertachini. - Sao Paulo: Scielo, 2004. – 319 p.

7. Spitzenverband, G. K. V. Health Insurance Associations at national level / Empfehlungen zur Ausgestaltung der Versorgungskonzeption der Spezialisierten ambulanten Palliativversorgung von Kindern und Jugendlichen / G. K. V. Spitzenverband – B.: German Society for Palliative Medicine; 2013. Access by the link below: [google] http://www.gkvspitzenverband.de/media/dokumente/kranken_versicherung_1/hospiz_palliativversorgung/Palliativ_Empfehlungen_Kinder_Jugend_2013-06.pdf (Status: 12.03.2020)

8. WHO Definition of palliative care/ WHO Definition of palliative care for children. Geneva: World Health Organization; 2002 [Электронный ресурс] / WHO - 2020. – Электрон. дан. – Режим доступа: <http://www.who.int> (дата обращения 17.03.2020).

9. Resolution WHA67.19. Strengthening of palliative care as a component of comprehensive care throughout the life course / In: Sixty-seventh World Health Assembly. Geneva, 19–24.05.2014 [Электронный ресурс] / WHA - 1971-2020. – Электрон. дан. – Режим доступа: <http://www.who.int> (дата обращения 17.03.2020).

10. Бурская С., Белецкая О., Шумилова М., Ваньков П. Применение электромиостимуляции при заболеваниях и состояниях, отрицательно влияющих на качество жизни. Врач, 2019; (7): 68-71 <https://doi.org/10.29296/25877305-2019-07-14>

11. Ильницкий А.Н., Старцева О.Н., Процаев К.И., Рождественская О.А. Долговременный уход за пожилым человеком: фокус на индивидуальную жизнеспособность. Врач, 2020; (6): 5-9 <https://doi.org/10.29296/25877305-2020-06-01>

12. Королева М., Ильницкий А. Клеточные хроноблокаторы и нутритивная поддержка гериатрических пациентов в системе профилактики возраст-ассоциированных заболеваний и синдромов. Врач, 2019; (7): 3-11 <https://doi.org/10.29296/25877305-2019-07-01>

13. Оленская Т., Коневалова Н., Процаев К., Козлов К., Полторацкий А. Возможности индивидуализации лечебно-реабилитационных программ в гериатрии. Врач, 2017; (6): 47-51

14. Пономарева И., Павлова П., Якушева Е., Бутикова Е. Острый болевой синдром в гериатрической практике: диагностика, причины, помощь. Врач, 2016; (6): 11-13

15. Бурцев А., Гизатулина Л., Ильницкий А., Процаев К., Ткаченко Е. Гериатрический подход и деменция: повышение квалификации специалистов. Врач, 2018; (6): 79-83 <https://doi.org/10.29296/25877305-2018-06-18>

16. Старцева О. Терапевтическая среда при когнитивных нарушениях в стационарных социальных учреждениях. Врач, 2017; (6): 51-53

17. Павлова Т., Куликовский В., Процаев К., Павлов И., Чапыгина М. Клинико-морфологические показатели крови при раке предстательной железы в пожилом возрасте. Врач, 2019; (6): 72-76 <https://doi.org/10.29296/25877305-2019-06-17>

18. Старцева О., Бараева А. Неотложная социальномедицинская помощь гериатрическим пациентам в доме-интернате. Врач, 2016; (6): 82-84

19. Злобина И., Кривцунов А., Бочарова К. Возрастные изменения опорно-двигательного аппарата: своевременное выявление, лечение и реабилитация. Врач, 2015; (6): 23-26

20. Ильницкий А., Процаев К. Возрастно-ситуационная депрессия. Врач, 2018; (9): 48-49 <https://doi.org/10.29296/25877305-2018-09-10>

21. Ильницкий А., Процаев К., Позднякова Н., Ивко К., Башук И. Синдром острого функционального дефицита. Врач, 2016; (6): 23-25

22. Консон К., Фролова Е., Радомысльский З., Гдалевич М. Управление болью у пациентов с деменцией. Врач, 2017; (6): 8-11

23. Новикова Н. С., Кузьмина Т. Н., Морозов А. М., Морозова А. Д., Сергеев А. Н. Особенности гигиены и ухода за ушами у тяжелобольных. Медицинская сестра, 2020; (4): 50-52 <https://doi.org/10.29296/25879979-2020-04-10>

24. Шкарин В.В., Ивашев В.В., Емельянова О.С., Симаков С.В., Скворцов В.В., Малякин Г.И. Проблема обеспечения безопасности пациентов при оказании медицинской помощи. Медицинская сестра, 2020; (5): 37-40 <https://doi.org/10.29296/25879979-2020-05-07>

Мы в соцсетях:

Одноклассники – Советы от журнала «Медицинская сестра» – <https://ok.ru/sovetyotzh>

В Контакте – Советы профессионалов молодым медсестрам – https://vk.com/journal_medsestra

На Facebook – <https://www.facebook.com/groups/942621629467861>

