



PLEASE NOTE! THIS IS PARALLEL PUBLISHED VERSION /
SELF-ARCHIVED VERSION OF THE OF THE ORIGINAL PUBLICATION

This is an electronic reprint of the original publication.

Title: Evidence-based practice - Moving forward to implementation in nursing

Editors: M. Bahun, Z. Zhetmecova, A. Syzdykova & J. Heikkilä

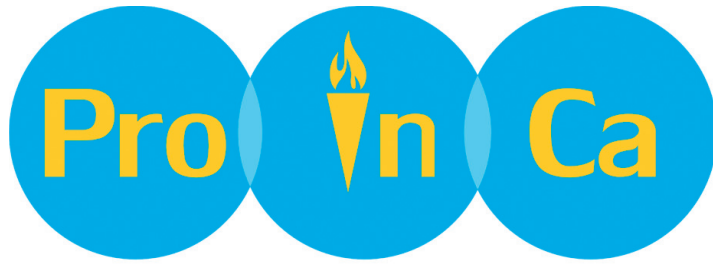
Version: published version

Year: 2021

Please cite the original version:

Evidence-based practice - Moving forward to implementation in nursing. (2021). M. Bahun, Z. Zhetmecova, A. Syzdykova & J. Heikkilä (Eds.). Kazakhstan: NPJSC "Semey Medical University" & Slovenia: Angela Boškin Faculty of Health Care.

URL: <https://www.fzab.si/en/mainmenu-2/lifelong-learning-centre/publications/>



ProInCa

Promoting the Innovation
Capacity of Higher Education
in Nursing during Health
Services' Transition

**ДӘЛҒЕЛДІ ТӘЖІРИБЕЛЕРДІ
МЕЙІРГЕР ІСІНДЕ ДАМЫТУ ЖОЛЫ**

**ДОКАЗАТЕЛЬНАЯ ПРАКТИКА -
ПУТЬ К ВНЕДРЕНИЮ В
СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО**

**EVIDENCE-BASED
PRACTICE - MOVING FORWARD TO
IMPLEMENTATION IN NURSING**



ДӘЛЕЛДІ ТӘЖІРИБЕЛЕРДІ МЕЙІРГЕР ІСІНДЕ ДАМУ ЖОЛЫ

ДОКАЗАТЕЛЬНАЯ ПРАКТИКА - ПУТЬ К ВНЕДРЕНИЮ В СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО

EVIDENCE-BASED PRACTICE - MOVING FORWARD TO IMPLEMENTATION IN NURSING

КеАҚ “Семей Медицина Университеті”, Семей, Қазақстан және Анжела Бошкин атындағы денсаулық сақтау факультеті, Ясенице, Словения

НАО “Медицинский университет Семей”, Семей, Казахстан и факультет здравоохранения им. Анжелы Бошкин, Ясенице, Словения

NPJSC “Semey Medical University”, Semey, Kazakhstan and Angela Boškin Faculty of Health Care, Jesenice, Slovenia

ДӘЛЕЛДІ ТӘЖІРИБЕЛЕРДІ МЕЙІРГЕР ІСІНДЕ ДАМУ ЖОЛЫ

ДОКАЗАТЕЛЬНАЯ ПРАКТИКА - ПУТЬ К ВНЕДРЕНИЮ В СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО

EVIDENCE-BASED PRACTICE - MOVING FORWARD TO IMPLEMENTATION IN NURSING

Редакторлар:

Матя Бахун
Жулдыз Жетмекова
Алма Сыздыкова
Йоханна Хейккиля

Редакторы:

Матя Бахун
Жулдыз Жетмекова
Алма Сыздыкова
Йоханна Хейккиля

Editors:

Mateja Bahun
Zhuldyz Zhetmecova
Alma Syzdykova
Johanna Heikkilä

Баспагер: КеАҚ “Семей Медицина Университеті”, Қазақстан және Анжела Бошкин атындағы денсаулық сақтау факультеті, Словения

Издатель: НАО “Медицинский университет Семей”, Казахстан и факультет здравоохранения им. Анжелы Бошкин, Словения

Publisher: NPJSC “Semey Medical University”, Kazakhstan and Angela Boškin Faculty of Health Care, Slovenia

2021

Жауапкершіліктен бас тарту: бұл жоба Еуропалық комиссияның қолдауымен қаржыландырылады. Жарияланым тек автордың көзқарасын көрсетеді, сондықтан Комиссия ондағы ақпараттың кез-келген түрде пайдаланылуы үшін жауап бере алмайды.

Денсаулық сақтау саласындағы тәжірибе мен білім үнемі өзгеріп отырады және жаңа зерттеулер пайда болуымен дами түседі. Авторлар мен баспагерлер ақпараттың тәжірибенің соңғы стандарттарына сәйкес келетіндігін мүмкіндігінше растауға тырысты. Авторлар, редакторлар және баспагерлер осы кітаптағы қателіктер немесе олқылықтар немесе ақпаратты қолданудың кез-келген салдары үшін жауап бермейді және жарияланым мазмұнының өзектілігіне, толықтығына немесе дәлдігіне қатысты нақты немесе болжанатын кепілдік бермейді.

Отказ от ответственности: Данный проект финансируется при поддержке Европейской комиссии. Публикация отражает точку зрения только автора, следовательно, Комиссия не может нести ответственность за любое использование содержащейся в ней информации.

Практика и знания в области здравоохранения постоянно меняются и развиваются по мере появления новых исследований. Авторы и издатели, насколько это возможно, позаботились о том, чтобы подтвердить, что информация соответствует последним стандартам практики. Авторы, редакторы и издатели не несут ответственности за ошибки или упущения или за любые последствия применения информации в этой книге и не дают никаких гарантий, явных или подразумеваемых, в отношении актуальности, полноты или точности содержания публикации.

Disclaimers: This project has been funded with support from the European Commission. This publication reflects the views only of the author, and the Commission cannot be held responsible for any use, which may be made of the information contained therein.

Health care practice and knowledge are constantly changing and developing as new research becomes available. The authors and publishers have, as far as is possible taken care to confirm that information complies with the latest standards of practice. Authors, editors and publishers are not responsible for errors or omissions or for any consequences from applications of the information in this book and make no warranty, expressed or implied with respect to the currency, completeness, or accuracy of the contents of the publication.

CIP - Kataložni zapis o publikaciji
Univerzitetna knjižnica Maribor

616-083:001(082)(0.034.2)

DALELDI tazhiribelerdi [Elektronski vir] : meyriger isinde damytu joly / [redaktorlar Mateja Bahun ... et al.] = Dokazatel'naja praktika : put' k vnedreniju v sestrińskoe delo / [redaktory Mateja Bahun ... et al.] = Evidence-based practice : moving forward to implementation in nursing / [editors Mateja Bahun ... et al.]. - E-zbornik. - Semey : KeAQ Semey medicina wniversiteti = Semey : NAO Medicinskij universitet Semey = Semey : NPJSC Semey Medical University ; Yasenice : Anžela Boškin atyndagy densawlyk saktaw fakul'teti Anžela Boškin atindađi densawlyk saqtaw fakul'teti = Jasenice : Fakul'tet zdravoohranenija im. Anžely Boškin = Jesenice : Angela Boškin Faculty of Health Care, 2021

Način dostopa (URL): <https://www.theseus.fi/>. - Način dostopa (URL): <https://semeymedicaluniversity.kz/nauka/nauchnye-konferencii-i-meropriyatiya/sborniki-konferenciy/>. - Način dostopa (URL): <https://www.fzab.si/si/mainmenu/center/publikacije/>

ISBN 978-961-6888-50-9 (Angela Boškin Faculty of Health Care, pdf)
COBISS.SI-ID 49077507

Authors in alphabetical order:

- *Aimagambetova Gulim, Astana Medical University, Kazakhstan*
- *Akhmetova Almira, Semey Medical University, Kazakhstan*
- *Ayupova Aliya, National Center for Children's Rehabilitation "UMC"*
- *Bahun Mateja, Angela Boškin Faculty of Health Care, Slovenia*
- *Baigozhina Zaure, Republican Center for Health Development, Kazakhstan*
- *Baimukhanbetova Botakoz, National Center for Children's Rehabilitation "UMC"*
- *Bulkhairova Aliya, National Center for Children's Rehabilitation "UMC"*
- *Heikkilä Johanna, JAMK University of Applied Sciences, Finland*
- *Hopia Hanna, JAMK University of Applied Sciences, Finland*
- *Järvinen Sari, JAMK University of Applied Sciences, Finland*
- *Kalender Smajlović Sedina, Angela Boškin Faculty of Health Care, Slovenia*
- *Kalima Merja, JAMK University of Applied Sciences, Finland*
- *Kankina Manzura, National Center for Children's Rehabilitation "UMC"*
- *Kassym Laura, Semey Medical University, Kazakhstan*
- *Kivinen Eveliina, LAB University of Applied Sciences, Finland*
- *Lavtižar Jana, Community Health Centre Kranj, Slovenia*
- *Moldagaliyeva Gulnar, National Center for Children's Rehabilitation "UMC"*
- *Pesjak Katja, Angela Boškin Faculty of Health Care, Slovenia*
- *Reinikainen Jonna, JAMK University of Applied Sciences, Finland*
- *Rudenko Lyubov, National Center for Children's Rehabilitation "UMC"*
- *Sharapiyeva Alua, Semey Medical University, Kazakhstan*
- *Smagulova Gaziza, West Kazakhstan Medical University, Kazakhstan*
- *Syzdykova Alma, Nazarbayev University Medical Center, Kazakhstan*
- *Tella Susanna, LAB University of Applied Sciences, Finland*
- *Umbetzhanova Ayagoz, Astana Medical University, Kazakhstan*
- *van Slochteren Cornelia, Hanze University of Applied Sciences Groningen, The Netherlands*
- *Veklenko Galina, West Kazakhstan Medical University, Kazakhstan*
- *Zhetmekova Zhuldyz, Semey Medical University, Kazakhstan*

Мазмұны

Алғысөз	4
Йоханна Хейккиля	
ProInCa “Денсаулық сақтауды реформалау арқылы мейіргер ісінің жоғары білім беруінің әлеуеттілігін арттыру” жобасын таныстыру	11
Йоханна Хейккиля, Алма Сыздыкова, Жұлдыз Жетмекова, Мерья Калима	
Мейіргерлік істі дамыту орталығы - академиялық ұлттық және халықаралық мейіргерлік қауымдастық пен қоғам арасындағы ынтымақтастық және білім алмасу	21
Алма Сыздыкова, Гүлім Аймағанбетова	
Дәлелді мейіргерлік тәжірибеге кіріспе	36
Жұлдыз Жетмекова, Лаура Қасым, Альмира Ахметова	
Қазақстандық жоғары оқу орындарында дәлелдерге негізделген клиникалық тәжірибені енгізу	48
Матея Бахун, Жұлдыз Жетмекова	
Стационарда студенттік жобаларды қолдана отырып, дәлелдерге негізделген тәжірибені жетілдіру	63
Корнелия Ван Слохтерен	
Мейіргерлік клиникалық тәжірибеде пациенттердің қауіпсіздігін арттыру бойынша үздік тәжірибелер	79
Сюзанна Телла, Эвелина Кивинен	
Дәлелдерге негізделген мейіргерлік клиникалық тәжірибе үшін жағымды ұйымдастырушылық мәдениетті қалай құруға болады?	86
Ханна Хопия	
Қазақстан Республикасында клиникалық мейіргерлік нұсқаулықтарды әзірлеу тәжірибесі	96
Аяғоз Умбетжанова, Зауре Байгожина	
Финляндиядағы науқастарға күтім жасау және денсаулық сақтау бойынша клиникалық ұсыныстар: отбасы мүшесі кенеттен қайтыс болғаннан кейін отбасыларды қолдау	114
Йонна Рейникайнен, Ханна Хопия, Йоханна Хейккиля	
Дәлелдерді мейіргерлік клиникалық тәжірибеге енгізу мысалдары	128
Седина Калиндэр – Смайлович, Матея Бахун	
Дәлелді мейіргерлік тәжірибені қалыптастыру	142
Катя Песьяк	
Аутизм диагнозы бар балаларға мейіргерлік күтімді жақсарту	153
Гүлнар Молдағалиева, Любовь Руденко, Манзура Канкина, Ботакөз Баймұханбетова, Әлия Бұлхаирова, Әлия Аюпова, Сари Ярвинен	
COVID-19 пандемиясына дейінгі және одан кейінгі мейіргерлік ісі	168
Алуа Шарапиева	
COVID-19 пандемиясы кезіндегі мейіргерлік дәлелдерге негізделген клиникалық тәжірибе – Словения тәжірибесі	178
Яна Лавтизар, Матея Бахун	
Мейіргер ісіндегі өзгерістер үшін көшбасшылық	196
Галина Векленко, Газиза Смағұлов	
Резолюция «Дәлелді мейіргерлік практика арқылы тиімділік пен сапа» симпозиумының қорытындысы бойынша	207

Содержание

Предисловие	6
Йоханна Хейккиля	
Презентация проекта ProInCa “Содействие инновационному потенциалу высшего сестринского образования через реформирование системы здравоохранения”	15
Йоханна Хейккиля, Алма Сыздыкова, Жулдыз Жетмекова, Мерья Калима	
Центр развития сестринского дела как инструмент сотрудничества и обмена знаниями между академическим национальным и международным сестринским сообществом	26
Алма Сыздыкова, Гүлім Аймағанбетова	
Введение в доказательную сестринскую практику	40
Жулдыз Жетмекова, Лаура Касым, Альмира Ахметова	
Внедрение доказательной клинической практики в Казахстанских ВУЗах	53
Матея Бахун, Жулдыз Жетмекова	
Совершенствование доказательной практики с использованием студенческих проектов в стационаре	68
Корнелия Ван Слохтерен	
Лучшие практики по повышению безопасности пациентов в сестринской клинической практике	81
Сюзанна Телла, Эвелина Кивинен	
Как создать позитивную организационную культуру для доказательной сестринской клинической практики?	89
Ханна Хопия	
Опыт разработки клинических сестринских руководств в Республике Казахстан	102
Аягоз Умбетжанова, Зауре Байгожина	
Клинические рекомендации по уходу за больными и здравоохранению в Финляндии: поддержка семей после внезапной смерти члена семьи	118
Йонна Рейникайнен, Ханна Хопия, Йоханна Хейккиля	
Дәлелдерді мейіргерлік клиникалық тәжірибеге енгізу мысалдары	132
Седина Калиндэр – Смайлович, Матея Бахун	
Создание доказательной сестринской практики	145
Катя Песьяк	
Улучшение сестринского ухода за детьми с диагнозом Аутизм	158
Гульнар Молдагалиева, Любовь Руденко, Манзура Канкина, Ботакоз Баймуханбетова, Алия Булхаирова, Алия Аюпова, Сари Ярвенен	
Сестринское дело до и после пандемии COVID-19	171
Алуа Шарапиева	
Доказательная сестринская клиническая практика во время пандемии COVID-19 - опыт Словении	184
Яна Лавтизар, Матея Бахун	
Лидерство для изменений в сестринском деле	199
Галина Векленко, Газиза Смагулова	
Резолюция по итогам симпозиума «Эффективность и качество через доказательную сестринскую практику»	208

Content

Preface	8
Johanna Heikkilä	
Presentation of the ProInCa “Promoting innovation capacity of high nursing education through the health care transitions” project	18
Johanna Heikkilä, Alma Syzdykova, Zhuldyz Zhetmekova, Merja Kalima	
CNE - collaboration and knowledge sharing tool between academic national and international nursing community and society	31
Alma Syzdykova, Gulim Aimagambetova	
Introduction to evidence-based nursing	44
Zhuldyz Zhetmekova, Laura Kassym, Almira Akhmetova	
Evidence-based practice implementation for Kazakhstan Universities	58
Mateja Bahun, Zhuldyz Zhetmekova	
Improving evidence-based practice by using students’ projects in the hospital	74
Cornelia van Slochteren	
Best practices enhancing patient safety in nursing clinical practice	83
Susanna Tella, Eveliina Kivinen	
How to create a positive organizational culture for evidence-based nursing practice?	92
Hanna Hopia	
Experience in developing clinical nursing guidelines in the Republic of Kazakhstan	108
Ayagoz Umbetzhanova, Zaure Baigozhina	
Clinical guidelines for nursing and healthcare in Finland: supporting families after sudden death of a family member	123
Jonna Reinikainen, Hanna Hopia, Johanna Heikkilä	
Examples of evidence implementation in nursing clinical practice	137
Sedina Kalender Smajlović, Mateja Bahun	
Creation of evidence-based nursing	148
Katja Pesjak	
Improving nursing care for children diagnosed with Autism	163
Gulnar Moldagaliyeva, Lyubov Rudenko, Manzura Kankina, Botakoz Baimukhanbetova, Aliya Bulkhairova, Aliya Ayupova, Sari Järvinen	
Nursing before and after COVID-19	174
Alua Sharapiyeva	
Evidence-based nursing in the time of COVID-19 pandemic – Slovenian experience	190
Jana Lavtižar, Mateja Bahun	
Nursing leadership for change	203
Galina Veklenko, Gaziza Smagulova	
Resolution of symposium “Effectiveness and quality through evidence-based nursing practice”	209

Алғысөз

«Дәлелді тәжірибені енгізу арқылы тиімділік пен сапа» атты онлайн-симпозиум «Денсаулық сақтауды реформалау арқылы мейірбике ісіндегі жоғары білімнің инновациялық әлеуетін ілгерілету» атты ProInCa жобасы аясында 2020 жылдың 22 қазанында өтті. Бұл симпозиумның негізгі мақсаты - мейірбикелік іс-тәжірибедегі жетістіктер мен озық тәжірибелерді тыңдау және талқылау. Симпозиум академиктердің, мейірбике ісі мамандары мен саясаткерлердің арасында Қазақстан Республикасында мейірбикелік іс-әрекеттің дәлелді тәжірибесін дамыту үшін маңызды ынтымақтастық байланыстарын құруды қолдады. Симпозиум қарары осы басылымның соңғы тарауы болып табылады.

Бұл кітапта симпозиум презентацияларына негізделген мақалалар жинағы, 2020 жылдың 21-23 сәуірінде өткен «Дәлелді мейірбике іс-тәжірибесі - озық тәжірибені енгізу» атты үш күндік онлайн-семинар материалдары, сондай-ақ қызығушылық білдіргендердің мақалалары келтірілген. Кітаптың негізгі мақсаты Қазақстандағы дәлелді мейірбикелік практиканың дамуына қолдау көрсету болып табылады, өйткені онда негізгі анықтамалар мен тұжырымдамалар, сондай-ақ білім берудегі және клиникалық тәжірибедегі қазақ, орыс және ағылшын тілдеріндегі дәлелді мейірбикенің халықаралық озық тәжірибелері келтірілген. Кітап медбикелерге, мейірбике студенттеріне, мейірбике тәрбиешілеріне, мейірбикелер менеджерлеріне және денсаулық сақтау әкімшілеріне арналған.

Бірінші мақалада Erasmus + бағдарламасы қаржыландыратын ProInCa жобасына қысқаша шолу, содан кейін жобаның негізгі нәтижесі - мейірбикелерді дамыту орталығы және екінші мақалада «Мейіргер ісін дамыту орталығы - академиялық ұлттық және халықаралық мейіргер қоғамдастығы арасындағы ынтымақтастық және білім алмасу құралы» директор А.Сыздықова мен орталық жетекшісі Г.Аймағамбетованың авторлығымен сипатталады. Медбикелерді дамыту орталығының электронды платформасы ұлттық және халықаралық мейірбикелер қауымдастығы арасындағы ынтымақтастық пен білім алмасудың тұрақты механизмдеріне ұзақ мерзімді әсер етеді. Бұл мақалада мейірбикелерді дамыту орталығының платформасы және оның Қазақстандағы мейірбике кәсібін жетілдіру бойынша жұмысы ұсынылған.

Қазақстандық Ж.Жетмекова, Л.Қасым және А.Ахметовалардың "Мейірбике ісінің дәлелді тәжірибиесіне кіріспе" мақаласында дәлелді Мейірбике ісі, дәлелді тәжірибе және дәлелді медицина тұжырымдамалары, сондай-ақ дәлелді тәжірибе қазақстандық мейірбикенің негізгі құзыреттілігі болып табылатыны түсіндіріледі. Мейірбикелік білім беруді жүзеге асыратын барлық оқу орындарының факультеттері үшін мен келесі үш мақаланы ұсынамын. Словениялық аға оқытушы М.Бахун мен Қазақстандық оқытушы Ж.Жетмекова «Қазақстандық университеттер үшін дәлелді тәжірибені енгізу» мақаласында білім беру мекемелерінің Қазақстанда дәлелді тәжірибені жүзеге асыруға басшылық жасау қадамдары мен құралдарын сипаттайды. Бұл мақалада тәрбиешілерге арналған практикалық кеңестер берілген. Нидерландыдан келген дәріскер Корнелия Ван Слохтереннің «Ауруханадағы студенттердің жобалары арқылы дәлелдемелік тәжірибені жетілдіру» атты бесінші мақаласы мейірбике ісі бойынша студенттерді университеттермен және клиникалық практикамен ынтымақтастықта зерттеуге практикалық түсініктер береді. Бұл ең жақсы тәжірибе бакалавриат студенттерінің клиникалық практика кезінде кішігірім жобалар арқылы дәлелді тәжірибені қалай жақсартуға болатындығын көрсетеді. Финляндиядан шыққан тағы бір кең таралған халықаралық үздік тәжірибе аға оқытушы С.Телла мен мамандандырылған мейірбике менеджері Э.Кивиненнің «Клиникалық мейірбике практикасында пациенттердің қауіпсіздігін жақсартудың үздік тәжірибелері» мақаласында ұсынылған. Телла мен Кивинен өз мақалаларында мейірбике ісі бойынша студенттер

академиялық және клиникалық жағдайда пациенттердің қауіпсіздігі туралы білетіндігін сипаттайды.

Дәлелді мейірбике іс-тәжірибесінің сапасын жақсарту үшін жағымды ұйымдастырушылық мәдениет қажет. Финляндиядан келген бас оқытушы Х.Хопия өзінің мақаласында «Дәлелді мейірбикелік тәжірибе үшін оң ұйымдық мәдениетті қалай құруға болады?» атты мақаласында дәлелді мейірбикелік тәжірибиенің сәтті және тиімді жүзеге асырылуына әсер ететін факторлар туралы пікірталас туғызады. Оқытушы А.Үмбетжанова және басшы Зауре Байғожина "Қазақстан Республикасындағы клиникалық мейіргерлік басшылықты әзірлеудегі тәжірибе"мақаласында клиникалық мейіргерлік басшылықты әзірлеу процесін сипаттайды. Мақалада клиникалық мейірбикелік нұсқаулықтар мейірбикелік практиканы Мейірбике ісі саласындағы соңғы ғылыми мәліметтерге сәйкес келтіруге арналған ғылыми-практикалық құралдар болып табылатыны көрсетеді. Бұл мақала мейірбике ісінің барлық студенттері үшін міндетті түрде оқылуы керек және мейірбике ісінің барлық мүдделі тараптарына таныс болуы керек. Маман Й.Райникайнен, бас лектор Х. Хопия және аға кеңесші Й.Хейкклия жазған мақаласында "Финляндиядағы клиникалық күтім және денсаулық сақтау бойынша ұсыныстар: отбасы мүшесі кенеттен қайтыс болғаннан кейін отбасын қолдау". Мейірбике ісінің жетекшілері үшін, сондай-ақ бас және аға медбикелер үшін Словенияның аға оқытушылары М.Бахун және С. Календер-Смайлович жазған "медбикелердің клиникалық тәжірибесінде дәлелді практиканы енгізу мысалдары" мақаласында дәлелді практиканы енгізудің халықаралық мысалдары келтірілген.Мейірбикелік іс жетекшілері медициналық ұйымдардың клиникалық бөлімшелерінде дәлелді практиканы ілгерілетуде маңызды рөл атқарады. Кәсіби қызығушылық, пациенттердің әл-ауқатына назар аудару, сыни ойлау және қазіргі күтім тәжірибесін сыни бағалау дәлелдемелерге негізделген өзгерістерді жүзеге асырудың маңызды қозғаушы күші болып табылады.

Словенияның доценті К .Песьяк өзінің "дәлелді мейірбике тәжірибесін құру" атты мақаласында Мейірбике ісі және клиникалық ұйым мен жоғары білім арасындағы ынтымақтастық саласындағы зерттеулердің дәлелді мейірбике тәжірибесін дамыту үшін маңыздылығын талқылайды. F.Молдағалиеваның жетекшілігімен "ums" ұлттық балаларды оңалту орталығының медбикелер тобы "аутизм диагнозы бар балаларды күтуді жақсарту" атты зерттеуін медбикелердің зерттеу қызметіне қатысуының және дәлелді мейірбикелік практиканы дамытудың мысалы ретінде ұсынды. Бұл медбикелердің ғылыми-зерттеу жұмыстарына деген ынтымақтың артуының керемет мысалы, сонымен қатар медбикелердің зерттеудегі құзыреттілігінің дәлелі.

Шарапиева А. өзінің "Covid-19-ға дейін және одан кейінгі күтім" атты мақаласында Денсаулық сақтау қызметкерлерінің көзқарасы бойынша жағдайды нақты сипаттайды. Дағдарыс бүкіл әлемдегі медбикелердің бұрыннан келе жатқан проблемаларын, соның ішінде теңсіздікті, жұмыс жағдайының нашарлауын және жұмыс қысымының жоғарылауын анықтады және күшейтті. Медициналық орталықтың медбикесі Я. Лавтизаар және Словенияның аға оқытушысы М. Бахун "COVID-19 пандемиясы кезіндегі дәлелді тәжірибе - словениялық тәжірибе" мақаласында COVID-19 бен байланысты үздік тәжірибелерді сипаттайды. Бұл мақалада іс жүзінде Словенияда Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымы мен ауруларды бақылау орталығының ұсыныстары мен нұсқаулары қалай орындалғаны, оларды жүзеге асыруда ең үлкен қиындықтар қандай болғандығы және бұл мәселені қалай шешуге тырысқаны сипатталған.Медицина саласындағы ғылым кандидаттары Г.Векленко мен Г. Смағұлова "Мейірбике ісіндегі өзгерістер үшін көшбасшылық" мақаласында мейірбике ісінің рөлін дамыту мен нығайтудағы мейірбике көшбасшылығының маңыздылығын сипаттайды.

Осы дәлелді тәжірибелер туралы кітап аясында болашақта қазақстандық медбикелердің көпшілігі Мейірбике ісі және клиникалық мейірбикелік нұсқаулар саласындағы дәлелдемелерді әзірлеуге қатыссын деп шын жүректен тілеймін. Мейірбике ісінің болашақ басшылары күтімінің

дәлелдемелерге негізделгенің талап етуін және дәлелді мейірбикелік тәжірибені , ғылымды қолдайтын ұйымдастырушылық мәдениетті құруда еңбек етуін қалайтын едім. Мен барлық оқу орындарының Мейірбике ісі студенттеріне арналған зерттеу әдіснамасын үйретуге міндеттеме қабылдағанын және оқытушылар соңғы ғылыми деректерді бүкіл оқытушылық қызмет үшін негіз ретінде пайдаланғанын қалаймын. Бұл кітап тілдік дағдыларды жетілдіру құралы ретінде қызмет етеді деп үміттенеміз, өйткені онда қазақ, орыс және ағылшын тілдеріндегі әрбір мақала бар. Соңында, Мен барлық авторларға осы кітапты жариялауға қосқан құнды үлестері үшін алғыс айтқым келеді.

Ювяскюля, 18 қаңтар 2021

Йоханна Хейккиля, PhD (мейірбике ісіндегі ғылым),
Erasmus + ProInCa ЖБӘК жобасының
бас кеңесшісі, үйлестірушісі және ғылыми менеджері
ЖБӘК жобасы Erasmus + ProInCa
JAMK қолданбалы ғылымдар университеті, Финляндия

Предисловие

Онлайн-симпозиум "Эффективность и качество через внедрение доказательной практики" был проведен 22 октября 2020 года в рамках проекта ProInCa "Содействие инновационному потенциалу высшего образования в области сестринского дела через реформирование здравоохранения". Основная цель этого симпозиума—заслушать и обсудить достижения и наилучшие практики в области доказательной сестринской практики. Симпозиум поддержал создание совместных связей между учеными, специалистами сестринского дела и политиками, которые имеют важное значение для развития доказательной практики сестринского дела в Республике Казахстан. Резолюция симпозиума является последней главой настоящего издания. Эта книга содержит сборник статей на основе презентаций симпозиума, материалов трехдневного онлайн семинара "Доказательная сестринская практика – внедрение наилучших практик", проведенной 21-23 апреля 2020 года, а так же статьи заинтересованных авторов. Основной целью книги является поддержка развития доказательной сестринской практики в Казахстане, поскольку она содержит основные определения и концепции, а также международные лучшие практики доказательного сестринского дела в образовании и клинической практике на казахском, русском и английском языках. Книга была написана для медсестер, студентов сестринского дела, преподавателей сестринского дела, медсестер менеджеров и административных работников в сфере здравоохранения.

Первая статья дает краткий обзор со-финансируемого программой Erasmus+ проекта ProInCa, следом описывается основной результат проекта – Центр развития сестринского дела - во второй статье "Центр развития сестринского дела - инструмент сотрудничества и обмена знаниями между академическим национальным и международным сестринским сообществом" директора А. Сыздыковой и руководителя центра Г. Аймагамбетовой. Электронная платформа Центра Развития Сестринского дела обеспечивает долгосрочное воздействие устойчивых механизмов сотрудничества и обмена знаниями между национальным и международным сообществом медсестер. Эта статья представляет платформу Центра Развития Сестринского дела и его работу по улучшению профессии медсестры в Казахстане.

В статье «Введение в доказательную практику сестринского дела» Ж.Жетмековой, Л. Кассым и А. Ахметовой из Казахстана разъясняются концепции доказательного сестринского дела, доказательной практики и доказательной медицины, а также почему доказательная практика является основной компетенцией казахстанской медсестры.

Для факультетов всех учебных заведений, реализующих сестринское образование, рекомендую следующие три статьи. В своей статье «Реализация практики на основе доказательных практик для казахстанских университетов» старший преподаватель М. Бахун из Словении и преподаватель Ж. Жетмекова из Казахстана описывают шаги и инструменты для учебных заведений по руководству реализацией доказательной практики в Казахстане. Эта статья предлагает практические советы для преподавателей. Пятая статья, «Улучшение доказательной практики с помощью студенческих проектов в больнице» лектора Корнелии Ван Слохтерен из Нидерландов дает практические идеи для изучения доказательной подготовки студентов сестринского дела в сотрудничестве с университетами и клинической практикой. Эта лучшая практика показывает, как студенты бакалавриата могут улучшить доказательную практику с помощью небольших проектов во время клинической практики. Другая общая международная передовая практика из Финляндии представлена старшим преподавателем С. Телла и менеджером специальности сестринского дела Э. Кивинен в статье "Лучшие практики повышения безопасности пациентов в клинической сестринской практике". В своей статье Телла и Кивинен описывают как студенты сестринского дела узнают о безопасности пациентов в академических и клинических условиях.

Позитивная организационная культура необходима для повышения качества доказательной сестринской практики. В своей статье главный преподаватель Х. Хопия из Финляндии поднимает дискуссию о факторах, влияющих на успешное и эффективное осуществление доказательной сестринской практики в своей статье "Как создать позитивную организационную культуру для доказательной практики медсестер?".

Преподаватель А.Умбетжанова и руководитель З. Байгожина описывают процесс разработки клинических сестринских руководств в статье «Опыт в разработке клинических сестринских руководств в Республике Казахстан». Статья показывает, что клинические сестринские руководства являются научно-практическими инструментами, предназначенными для приведения сестринской практики в соответствие с последними научными данными в области сестринской науки. Эта статья должна быть обязательной к прочтению для всех студентов сестринского дела и знакома всем заинтересованным сторонам сестринского дела. В статье «Клинические рекомендации по уходу и здравоохранению в Финляндии: поддержка семей после внезапной смерти члена семьи», написанная специалистом Й.Райникайнен, главным лектором Х. Хопией и старшим советником Й.Хейккля. Для руководителей сестринского дела, а также для главных и старших медсестер приводятся международные примеры внедрения доказательной практики в статье "Примеры внедрения доказательных практик в клинической практике медсестер", написанной старшими преподавателями М. Бахун и С. Календер-Смайлович из Словении. Руководители сестринского дела играют важную роль в продвижении доказательной практики в клинических отделениях медицинских организаций. Профессиональное любопытство, сосредоточение внимания на благополучии пациентов, критическое мышление и критическая оценка текущей практики ухода являются важной движущей силой для осуществления изменений, основанных на доказательствах.

В своей статье "Создание доказательной сестринской практики" доцент К. Песьяк из Словении обсуждает важность исследований в области сестринского дела и сотрудничества клинических организации и высшего образования для развития доказательной сестринской практики. Группа медсестер из Национального центра детской реабилитации «УМС» под руководством Г. Молдагалиевой представила свое исследование «Улучшение ухода за детьми с диагнозом

аутизм» в качестве примера участия медсестер в исследовательской деятельности и в развитии доказательной сестринской практики. Это прекрасный пример растущей мотивации медсестер к исследовательской деятельности, а также свидетельство компетентности медсестер в исследовании.

А. Шарапиева точно описывает в своей статье «Уход до и после COVID-19» положение с точки зрения работников здравоохранения. Кризис выявил и усилил давние проблемы, с которыми сталкиваются медсестры во всем мире, включая неравенство, ненадлежащие условия труда и чрезмерное давление на работе. Медицинская сестра Я.Лавтизаар из медицинского центра и старший преподаватель М. Бахун из Словении описывают лучшие практики, связанные с COVID-19, в статье "Доказательная практика во время пандемии COVID-19 - словенский опыт". В этой статье на практике описывается, как в Словении осуществлялись инструкции и рекомендации Всемирной организации здравоохранения и Центра по контролю заболеваний, каковы были самые большие трудности, связанные с их осуществлением, и как они пытались преодолеть эту проблему.

Кандидаты наук в области медицины Г. Векленко и Г. Смагулова описывают в своей статье «Лидерство для изменений в сестринском деле» важность лидерства медсестер в развитии и укреплении роли сестринского дела.

Искренне желаю, чтобы в рамках этой книги о доказательных практиках в будущем гораздо больше казахстанских медсестер участвовали в разработке доказательств в области сестринского дела и клинических сестринских руководств. Я хотела бы, чтобы будущие руководители сестринского дела требовали, чтобы уход был основан на доказательствах, а так же работали над созданием такой организационной культуры, которая поддерживает доказательную сестринскую практику и науку. Я хотела бы, чтобы все учебные заведения взяли на себя обязательство преподавать методологию исследований для студентов сестринского дела и преподаватели использовали последние научные данные в качестве основы для всей преподавательской деятельности. Будем надеяться, что эта книга также послужит инструментом улучшения языковых навыков, поскольку она содержит каждую статью на казахском, русском и английском языках.

Наконец, я хотела бы поблагодарить всех авторов за их ценный вклад в публикацию данной книги.

Ювяскюля, 18 января 2021
Йоханна Хейккиля, PhD(Наука в сестринском деле),
Старший советник, Координатор и научный менеджер
проекта ППВО Erasmus+ ProInCa
Университет прикладных наук JAMK, Финляндия

Preface

The online symposium “Moving forward to efficiency and quality by evidence-based nursing “ was held on the October 22, 2020 in the framework of “ Promoting the Innovation Capacity of Higher Education in Nursing during Health Services’ Transition” – ProInCa -project. The main aim of this symposium was to hear and discuss the advances and best practices in the field of evidence-based nursing. The symposium supported the creation of collaborative links between academics, nursing professionals, and policy makers that are essential for the development of evidence-based nursing practice in the Republic of Kazakhstan. The resolution of the symposiums is the last paragraph of the book.

This book contains a collection of articles from the presentations of the symposium as well as from the three-day online workshop "Evidence-based nursing - recognized best practices implementation" held during 21-23 April, 2020, and some other distinguished authors. The main aim of the book is to support the development of evidence-based nursing in Kazakhstan as it contains the basic definitions and concepts as well as the international best practices on evidence-based nursing from the point of view of education and clinical practice in Kazakh, Russian, and English languages. The book has been written for nurses, nurse students, teachers of nurses, nurse managers, and health administration.

The first article gives a brief overview of the Erasmus+ co-funded ProInCa -project, followed by a description of the main outcome of the project - the Center of Nursing Excellence - in the second article "CNE - collaboration and knowledge sharing tool between academic national and international nursing community and society" by Director A. Syzdykova and Head of Center G. Aimagambetova. The CNE e-platform ensures long term impact by sustainable mechanisms for collaboration and knowledge sharing between the national and international nursing community. This article introduces the Center of Nursing Excellence and its work in improving the nursing profession in Kazakhstan.

The article "Introduction to evidence-based nursing practice" by Lecturer Z. Zhetmekova, PhD L. Kassym, and Head of Chair A. Akhmetova from Kazakhstan explains the concepts of evidence-based nursing, evidence-based practice, and evidence-based health care, and why evidence-based nursing is a basic competence of a Kazakhstani nurse.

For faculty of all educational institutions providing nursing education, I recommend following three articles. In their article "Evidence-based practice implementation for Kazakhstan Universities" Senior Lecturer M. Bahun from Slovenia and Lecturer Z. Zhetmekova from Kazakhstan describe the steps and tools for educational institutions to guide the implementation of evidence-based practices in Kazakhstan. This article offers practical advice to teachers. The fifth article, "Improving evidence-based practice by using students' projects in the hospital" by Lecturer C. van Slochteren from the Netherlands gives practical ideas for learning evidence-based nursing in nursing education in collaboration with universities and clinical practice. This best practice shows how bachelor nursing students can improve evidence-based practice through small projects during their internship. Another shared international best practice comes from Finland by Senior Lecturer S. Tella and Degree Manager E. Kivinen in the article "Best practices enhancing patient safety in nursing clinical practice". In their article, Tella and Kivinen describe what nursing students learn about patient safety in academic settings and clinical settings, respectively.

Positive organizational culture is needed to enhance evidence-based nursing. In her article, Principal Lecturer H. Hopia from Finland raises a discussion about the factors that influence the successful and effective implementation of evidence-based nursing in her article "How to create a positive organizational culture for evidence-based nursing practice?".

Teaching assistant A. Umbetzhanova and Head of Department Z. Baigozhina describe the process of developing clinical nursing guidelines in the article "Experience in developing clinical nursing guidelines in the Republic of Kazakhstan". The article shows that clinical nursing guidelines are evidence-based practice tools designed to bring nursing practice in line with the latest scientific evidence in the field of nursing science. This article should be obligatory reading for all nursing students and the content of this familiar to all stakeholders of nursing profession. The article "Clinical guidelines for nursing and healthcare in Finland: supporting families after sudden death of a family member" written by Specialist J. Reinikainen, Principal Lecturer H. Hopia and Senior Advisor J. Heikkilä from Finland presents an international best practice on the nursing clinical guideline development process and describes one guideline as a practical example.

For nurse managers as well as for chief and senior nurses, there are international examples of the implementation of evidence-based practice in the article "Examples of evidence implementation in nursing clinical practice" that has been written by Senior Lecturers M. Bahun and S. Kalender-Smajlović

from Slovenia. Nurse managers have an important role in promoting evidence-based practice in clinical units within health care organizations. Professional curiosity, focus on patient wellbeing, critical thinking, and critical evaluation of current nursing practices form an important driving force for implementing changes based on evidence.

In her article “Creation of evidence-based nursing”, Assistant Professor K. Pesjak from Slovenia discusses the importance of nursing research and the collaboration of clinical settings and higher education for the development of evidence-based nursing. A group of nurses from the National Center for Children's Rehabilitation “UMC” led by G. Moldagaliyeva presented their study “Improving nursing care for children diagnosed with Autism” as an example of nurses’ involvement in research activities and in the development of evidence-based nursing. This is an excellent example of the growing motivation of nurses towards research activities as well as evidence of nurses’ competency.

Assistant A. Sharapiyeva accurately describes in her article “Nursing before and after COVID-19” the situation of nursing professionals from the perspective of the health care workforce. The crisis revealed and intensified long-standing problems faced by nurses globally including inequality, inappropriate labor conditions, and excessive pressure at work. Registered Nurse J. Lavtižar from a community health center and Senior Lecturer M. Bahun from Slovenia describe COVID-19- related best practices in the article “Evidence-based nursing in the time of COVID-19 pandemic – Slovenian experience”. This article describes in practice how the instructions and recommendations of the World Health Organization and Center of Disease Control were implemented in nursing in Slovenia, what were the biggest struggles concerning the implementation, and how they tried to overcome those struggles.

Candidates of Sciences in Medicine G. Veklenko and G. Smagulova describe in their article “Nursing leadership for change” the importance of nursing leadership on the development and strengthening of the role of nursing.

I sincerely wish that through this book, in the future many more Kazakhstani nurses will engage themselves in the development of evidence-based nursing and participate in the creation of nursing clinical guidelines in their field. I wish the future nurse leaders will demand that the nursing that they provide is evidence-based and that they will work to develop such an organizational culture that supports nurses’ evidence-based practice and research activities. I wish that all educational institutions will commit to teaching research methodology to nurse students and that teachers use the latest scientific evidence as the basis of all teaching activities. Hopefully, this book also serves as a language learning tool as it contains every article in Kazakh, Russian, and English language.

Finally, I would like to thank all authors for their valuable input for producing this book.

Jyväskylä, 18 January 2021

Johanna Heikkilä, PhD (Nursing Science), Senior Advisor
Coordinator and Scientific Manager of CBHE Erasmus+ ProInCa –project
JAMK University of Applied Sciences, Finland

ProInCa “Денсаулық сақтауды реформалау арқылы мейіргер ісінің жоғары білім беруінің әлеуеттілігін арттыру” жобасын таныстыру

Йоханна Хейккиля

PhD, Бас кеңесшісі

JAMK Қолданбалы ғылымдар университеті, Финляндия, Johanna.heikkila@jamk.fi

Алма Сыздыкова

Ғылым және білім беру департаментінің директоры

Назарбаев Университетінің "University Medical Center" корпоративтік қоры, Қазақстан
alma.syzdykova@umc.org.kz

Жулдыз Жетмекова

м.м.н., КеАҚ « Семей Медициналық Университеті», zhuldyz.zhetmekova@nao-mus.kz

Мерья Калима

Жоба менеджері, МА (Ағылшын тілі), Маман, JAMK Қолданбалы ғылымдар университеті, Финляндия, Merja.Kalima@jamk.fi

Түйіндеме: Қазақстан Республикасында мейірбике ісін реформалау жоспар құрудан басталды, оның мақсаты Қазақстандағы мейірбикелік күтім жүйесін халықаралық деңгейге сәйкестендіру болды. ProInCa «Денсаулық сақтауды реформалау арқылы мейіргер ісінің жоғары білім беруінің әлеуеттілігін арттыру» дамыту жобасы мейірбикелік іс саласында болып жатқан өзгерістерді қолдау мақсатында ойластырылды. Жобаны жүзеге асыру барысында көптеген нәтижелерге қол жеткізілді, бұл жалпы мейірбикенің дамуына оң әсерін тигізді.

Кілт сөздер: мейіргер ісі, жоғары білім беру, әлеуеттілікті арттыру, Erasmus+

Кіріспе

ProInCa «Денсаулық сақтауды реформалау арқылы мейіргер ісінің жоғары білім беруінің әлеуеттілігін арттыру» дамыту жобасы еуропалық одақтың ERASMUS+ бағдарламасы арқылы жартылай қаржыландыратын жоғары білім берудің әлеуеттілігін қолдауға бағытталған құрылымдық жобалардың бірі.

Мұқабата көрсетілген жоба логотипі бұл жобаның сәтті болуы үшін ынтымақтастық рухын көрсетеді. Үш қабаттасатын шеңбер үш жылдық жобаның ұзақтығын білдіреді және ProInCa жобасының барлық қатысушыларының бірлескен ынтымақтастығын бейнелейтін шеңберлерді білдіреді. Жоғарғы жағында жалын бар үшбұрыш (ғылым, практика және білім үштігі) Флоренс Найтингейл шамын бейнелейді және бұл жоба мейірбике ісі бойынша жоғары білімді нығайтуға жол ашып отырғандығын көрсетеді. Көк және сары түстер Қазақстан Республикасының мемлекеттік туының түстерін көрсетеді.

ProInCa жобасының мақсаты - мейірбикелер қауымдастығы арасындағы білім алмасуды жақсарту және мейірбике ісіндегі ғылыми зерттеулер, дәлелді тәжірибелерде, көшбасшылықта, қазақстандық медициналық университеттердің тұрақты инновациялық әлеуетін дамыту. Жобаның ұзақтығы 3 жыл, оған еуропалық және қазақстандық жоғары оқу орындары, сондай-ақ әр түрлі мүдделі тараптардың өкілдері болып табылатын серіктестер қатысады.

ProInCa консорциумы 4 еуропалық (JAMK қолданбалы ғылымдар университеті және Финляндиядан Лахти, Нидерландыдан Hanze қолданбалы ғылымдар университеті және Анжела Бошкин Денсаулық сақтау факультеті, Словения) және 5 қазақстандық (Астана медицина университеті, Қарағанды медицина университеті, Назарбаев Университеті, Семей медицина университеті және Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан медицина университеті) жоғары оқу орындарынан және 13 қауымдастырылған серіктестерінен (3 жоғары медицина колледжі (Астана, Түркістан көпсалалы колледждері және Батыс Қазақстан колледжі), 2 медициналық колледж (Термитау және Екібастұз), 4 аурухана және Парыз ұлттық медбикелер қауымдастығы. Жобаны JAMK қолданбалы ғылымдар университеті басқарады және оны Қазақстан Республикасының Білім және Ғылым министрлігі мен Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі қолдайды.

Жоба командасының жұмысы төрт нақты міндетті жүзеге асыруға бағытталған:

- 1) білім беру және денсаулық сақтау ұйымдары, сондай-ақ мейіргерлердің халықаралық академиялық қоғамдастығы арасында Мейіргер ісі саласындағы ынтымақтастық және білім алмасу тетіктерін әзірлеу;
- 2) Қазақстанның денсаулық сақтау саласында дәлелді мейіргерлік тәжірибені дамыту;
- 3) Қазақстанның денсаулық сақтау саласындағы Мейіргер ісі бойынша ғылыми-зерттеу қызметін дамытуда медициналық ЖОО-лардың рөлін нығайту;
- 4) Қазақстанның денсаулық сақтау мейіргер ісінде көшбасшылықты және басқару жүйесін дамыту.

Мақсатқа қол жеткізу үшін барлық мүдделі тараптардың: медициналық жоғары оқу орындарының, колледждердің, клиникалардың, кәсіби қауымдастықтардың және т.б. өкілдерін белсенді қатыстыра отырып, мейіргерлік білім берудің, зерттеулер мен практиканың үштұғырлығының халықаралық қағидаты қолданылды (1-сурет).



Сурет 1. Білім үштұғырылығы

Негізгі нәтижелер

Денсаулық сақтау жүйесінің маңызды құрамдас бөлігі мейірбикелердің көптеген армиясы және халықтың сапалы медициналық қызметтерге қажеттілігін қанағаттандыру үшін айтарлықтай кадрлық әлеуеті бар мейірбике қызметі болып табылады. Осыған байланысты Қазақстанның денсаулық сақтау саласын дамыту жөніндегі бағдарламалық құжаттардың негізгі бағыттарының бірі мейіргер қызметін нығайту болып табылады. ProInCa жобасы Қазақстанда денсаулық сақтауды реформалау жағдайында Мейірбике ісі саласындағы халықаралық озық тәжірибені енгізуге өз үлесін қосты.

Сонымен, ProInCa аясында:

- Мейіргер ісін дамыту орталығы онлайн платформасы құрылды (www.nursekz.com), Мейіргер ісі бойынша барлық мүдделі тараптарды біріктіретін алаң болып табылатын бұл платформа медициналық ЖОО мен колледждер, ауруханалар мен емханалар, мейіргерлердің ұлттық және өңірлік қауымдастықтары, оқытушылар, зерттеушілер, мейіргерлермен жұмыс істейтін мейіргерлер, менеджерлер және т. б. мүдделі тараптардың басын қосады. Мұнда Мейірбике ісі мамандары үшін барлық қажетті ақпарат шоғырланған: клиникалық хаттамалар мен нұсқаулықтар, әдістемелік ұсыныстар, Оқу материалдары, статистика, ғылыми жобалар туралы ақпарат, ұлттық сарапшылар базасы, байланыстар, пайдалы сілтемелер және т.б. Сондай ақ мейірбике ісі көшбасшыларына арналған блог және пікір алмасу форумы құрылды.
- Білім беру, ғылым және мейірбике ісі дәлелді практикасы саласында 30 маманнан тұратын ұлттық сарапшылар мен тренерлер дайындалды. Еліміздің барлық өңірлерінен 500-ден астам медбике біліктілігін арттырды.
- "Дәлелді мейіргерлік практика негіздері" (5 кредит 150 сағат) және "Дәлелді мейіргерлік практика" (5 кредит 150 сағат) пәндері бойынша бакалавриаттың, "Дәлелді мейіргерлік практиканы қолданысқа енгізу" пәні бойынша магистратураның (2 кредит 90 сағат) білім беру бағдарламалары үшін ұлттық оқыту материалдары әзірленді.
- Магистратура, қолданбалы және академиялық бакалавриат деңгейлері үшін "Мейіргер ісінде зерттеу жобалары мен дамыту жобалары" және "Мейіргер ісінде сапалы және сандық зерттеулер әдіснамасы" білім беру модульдері әзірленді.
- Жоғарыда көрсетілген бағдарламалар бойынша дәрістер, практикалық жаттығулар және жеке тапсырмалар үшін оқу материалдары әзірленді.

- Оқытушылар үшін білім беру бағдарламалары мен оқыту материалдарын апробациялау бойынша пилоттық жобалар жүргізілді (зерттеулер, дәлелді мейіргер ісі, көшбасшылық)
- Мейіргер ісінде медициналық ЖОО-лар үшін зерттеу инфрақұрылымы бойынша әдістемелік ұсынымдар, мейіргер ісінде зерттеу бағдарламаларын жасау үшін медициналық ЖОО-лар үшін ұсынымдар әзірленді және т. б.

Презентация проекта ProInCa “Содействие инновационному потенциалу высшего сестринского образования через реформирование системы здравоохранения”

Йоханна Хейккиля

PhD, Старший советник

Университет прикладных наук Ювяскюля, Финляндия, Johanna.heikkila@jamk.fi

Алма Сыздыкова

Директор Департамента науки и образования

Корпоративный фонд "University Medical Center" Назарбаев Университета, Казахстан

alma.Syzdykova@umc.org.kz

Жулдыз Жетмекова

м.м.н., НАО «Медицинский университет Семей», zhuldyz.zhetmekova@nao-mus.kz

Мерья Калима

Менеджер проекта, МА (английский язык), Специалист, Университет прикладных наук

JAMK, Финляндия, Merja.Kalima@jamk.fi

Резюме

Реформирование сестринского дела в Республике Казахстан началось с разработки плана целью которого, явилось приведение системы сестринского ухода в Казахстане в соответствие с международным уровнем. Проект развития ProInCa “Содействие инновационному потенциалу высшего сестринского образования через реформирование системы здравоохранения” был задуман для поддержки проводимых изменений в сфере сестринского дела. Во время реализации проекта было достигнуто немало результатов, что оказало положительное влияние на развитие сестринского дела в целом.

Ключевые слова: сестринское дело, высшее образование, повышение потенциала, Erasmus+

Введение

Проект ProInCa “Содействие инновационному потенциалу высшего сестринского образования через реформирование системы здравоохранения” относится к структурным проектам софинансируемым программой европейского союза ERASMUS+ по наращиванию потенциала в области высшего образования.

Логотип проекта, отраженный на обложке, демонстрирует дух сотрудничества, столь необходимый для успеха этого проекта. Три пересекающихся круга представляют собой трехлетнюю длину проекта с перекрытием кругов, представляющих совместное сотрудничество всех участников проекта ProInCa. Знак «I», изображенный в форме треугольника (триединство науки, практики и образования) с пламенем сверху символизирует лампу Флоренс Найтингейл, и демонстрирует, что этот проект освещает путь к укреплению системы высшего образования в сфере сестринского дела. Голубые и желтые цвета отражают цвета национального флага Республики Казахстан.

Цель проекта ProInCa развивать устойчивый инновационный потенциал казахстанских медицинских университетов, улучшая обмен знаниями между сестринским сообществом и развивающимися исследованиями, лидерством доказательной практикой в сестринском деле. Продолжительность проекта составляет 3 года, в котором принимают участие европейские и казахстанские высшие учебные заведения, а также ассоциированные партнеры, представляющие различные заинтересованные стороны.

Консорциум ProInCa состоит из 4 европейских (Университет прикладных наук JAMK и Лаhti из Финляндии, Университет прикладных наук Hanze из Нидерландов и факультет здравоохранения Анжела Боскин, Словения) и 5 казахстанских (Медицинский университет Астана, Медицинский университет Караганды, Назарбаев Университет, Медицинский университет Семей и Западно-Казахстанский медицинский университет имени Марата Оспанова) высших учебных заведений и 13 ассоциированных партнеров (3 высших медицинских колледжа (Астанинский, Туркестанская многопрофильный и Западно-Казахстанский), 2 медицинских колледжа (Термитау и Экибастуз), 4 больницы и национальной ассоциации медицинских сестер Парыз. Проект возглавляется JAMK и поддерживается Министерством образования Республики Казахстана и Министерством здравоохранения Республики Казахстан.

Работа команды проекта нацелена на реализацию четырех конкретных задач:

- 1) разработка механизмов сотрудничества и обмена знаниями в области сестринского дела между организациями образования и здравоохранения, а также международным академическим сообществом медицинских сестер;
- 2) развитие доказательной сестринской практики в здравоохранении Казахстана;
- 3) укрепление роли медицинских ВУЗов в развитии научно-исследовательской деятельности по сестринскому делу в здравоохранении Казахстана;
- 4) развитие лидерства и системы управления в сестринском деле здравоохранения Казахстана.

Для достижения цели применен международный принцип триединства сестринского образования, исследования и практики с активным вовлечением представителей всех заинтересованных сторон: медицинские ВУЗы, колледжи, клиники, профессиональные ассоциации и др. (рис 1).



Рисунок 1. Треугольник знаний

Основные результаты

Важной составляющей систем здравоохранения является сестринская служба, представленная многочисленной армией медицинских сестер и значительным кадровым потенциалом для удовлетворения потребности населения в качественных медицинских услугах. В этой связи, одним из основных направлений в программных документах по развитию здравоохранения Казахстана является укрепление сестринской службы. Проект ProInCa привносит свой вклад по внедрению международной передовой практики в области сестринского дела в условиях реформирования здравоохранения в Казахстане.

Так, в рамках ProInCa:

- создан Центр совершенствования сестринского дела с он-лайн платформой (www.nursekz.com), которая является площадкой, объединяющей все заинтересованные стороны по сестринскому делу-медицинские ВУЗы и колледжи, больницы и поликлиники, национальная и региональные ассоциации медицинских сестер, преподаватели, исследователи, практикующие медицинские сестры, менеджеры и др. Здесь сосредоточена вся необходимая информация для специалистов сестринского дела: клинические протоколы и руководства, методические рекомендации, обучающие материалы, статистика, информация о научных проектах, база национальных экспертов, контакты, полезные ссылки и т.д. Здесь же создан блог для лидеров сестринского дела и форум для обмена мнениями.
- подготовлен пул национальных экспертов и тренеров из 30 специалистов в области образования, науки и практики сестринского дела. Повысили квалификацию более 500 медицинских сестер со всех регионов страны.
- разработаны образовательные программы бакалавриата по дисциплинам «Основы доказательной сестринской практики» (5 кредитов 150 часов) и «Доказательная

сестринская практика» (5 кредитов 150 часов), магистратуры по дисциплине «Внедрение доказательной сестринской практики» (2 кредита 90 часов).

- разработаны образовательные модули «Исследовательские проекты и проекты по развитию в сестринском деле» и «Методология качественных и количественных исследований в сестринском деле» для уровней магистратуры, прикладного и академического бакалавриата.
- разработаны учебные материалы для лекций, практических упражнений и индивидуальных заданий по вышеуказанным программам.
- проведены пилотные проекты по апробированию образовательных программ и обучающих материалов для преподавателей (исследования, ДСП, Лидерству)
- разработаны методические рекомендации по исследовательской инфраструктуре для медицинских ВУЗов в сестринском деле, рекомендации для медицинских ВУЗов для создания исследовательских программ в сестринском деле и др.

Presentation of the ProInCa “Promoting innovation capacity of high nursing education through the health care transitions” project

Johanna Heikkilä

PhD, Senior Advisor, JAMK University of Applied Sciences, Finland, johanna.heikkila@jamk.fi

Alma Syzdykova

PhD, Director of Science and Education Department, Corporate fund "University Medical Center" of Nazarbayev University, Kazakhstan, alma.Syzdykova@umc.org.kz

Zhuldyz Zhetmekova

MSc (Nursing), Lecturer

Semey Medical University, Kazakhstan, zhuldyz.zhetmekova@nao-mus.kz

Merja Kalima

Project Manager, MA (English), Specialist, JAMK University of Applied Sciences, Finland, merja.kalima@jamk.fi

Abstract

The reform of nursing in the Republic of Kazakhstan began with the development of a plan which aimed to bring the nursing system in line with the international level, in accordance with the need for modern public health services with improved quality, efficiency, and safety. The ProInCa «Promoting the Innovation Capacity of Higher Education in Nursing during Health Services' Transition» project was created to support these ongoing changes in nursing. During the implementation of the project, many results with a positive impact on the development of nursing were achieved.

Key word: nursing, higher education, capacity building, Erasmus+

Introduction

ProInCa «Promoting the innovation capacity of higher education in nursing during health services' transition» refers to the structural project co-financed by the ERASMUS+ Capacity Building in the Field of Higher Education programme of the European Union.

The project logo, reflected on the cover, demonstrates the spirit of cooperation, much needed for the success of this project. Three intersecting circles represent the three-year project length with overlapping circles, representing the cooperation of all participants in the ProInCa project. The "I" sign, depicted in the form of a triangle (the trinity of science, practice, and education) with a flame on top symbolizes the Florence Nightingale lamp, and demonstrates that this project illuminates the path to strengthening the higher education in the field of nursing. The blue and yellow reflect the colors of the national flag of the Republic of Kazakhstan.

The goal of the ProInCa project is to develop the sustainable innovation potential of Kazakhstan's medical universities by improving knowledge sharing between the nursing community and developing research, leadership, and evidence-based practice in nursing. The project lasts for 3 years, involving European and Kazakhstani higher education institutions, as well as associate partners represented by various stakeholders.

The ProInCa consortium consists of 4 European (JAMK and LAB University of Applied Sciences from Finland, Hanze University of Applied Sciences from the Netherlands and Angela Boskin Faculty of Healthcare, Slovenia) and 5 Kazakhstani (Astana Medical University, Karaganda Medical University, Nazarbayev University, Semey Medical University and West Kazakhstan Marat Ospanov Medical University) higher education institutions and 13 associate partners (3 higher medical colleges; (Astana, Turkestan multi-profile, and West Kazakhstan) 2 Medical Colleges (Termitau and Ekibastuz), 4 Hospitals and the National Association of Nurses Paryz. The project is led by JAMK and is supported by the Ministry of Education of the Republic of Kazakhstan and the Ministry of Health of the Republic of Kazakhstan.

The project team's work is aimed at four specific tasks:

- 1) Developing mechanisms for cooperation and knowledge sharing in nursing issues between education and health organizations, as well as the international academic community of nurses;
- 2) Development of evidence-based nursing practices in Kazakhstan's healthcare system;
- 3) Strengthening the role of medical universities in the development of research in nursing in Kazakhstan's healthcare system;
- 4) Development of nursing leadership and management system in Kazakhstan's healthcare system.

To achieve the goal, an international principle of the trinity of nursing education, research, and practice is applied with the active involvement of representatives of all stakeholders: medical universities, colleges, clinics, professional associations, etc. (Figure 1).



Figure 1. Knowledge triangle

Key results

An important component of health systems is the nursing service, represented by a large army of nurses and a significant workforce to meet the need for quality health services. In this regard, one of the main areas in the policy documents for the development of healthcare in Kazakhstan is the strengthening of the nursing service. The ProInCa project contributes to the implementation of international best practices in nursing in the context of health reform in Kazakhstan.

So, within the framework of ProInCa:

- The Center of Nursing Excellence with an online platform (www.nursekz.com) has been established. The platform unites all stakeholders in nursing - medical universities and colleges, hospitals and clinics, national and regional associations of nurses, teachers, researchers, nurse practitioners, managers, etc. It includes all the necessary information for nursing professionals: clinical protocols and guidelines, methodological recommendations, training materials, statistics, information on scientific projects, base of national experts, contacts, useful links, etc.
- A pool of national experts and trainers from 30 specialists in education, science, and nursing practice has been trained. More than 500 nurses from all regions of the country have been trained.
- Educational programs for bachelor's degree in the disciplines "Basics of Evidence of Nursing Practice" (5 credits 150 hours) and "Evidence of nursing practice" (5 credits 150 hours), as well as for master's degree in the discipline "Introduction of Evidence-based nursing practice" (2 credits 90 hours) have been developed.
- Educational modules "Research projects and development projects in nursing" and "Methodology of qualitative and quantitative research in nursing" for master's, applied and academic undergraduate levels have been developed.
- Training materials including lectures, practical exercises, and individual assignments for the above programs have been developed.
- Pilot projects have been carried out to test educational programs and teaching materials for teachers (research, EBN, Leadership).
- Guidelines on research infrastructure for medical universities in nursing, recommendations for medical universities for the creation of research programs in nursing, etc. have been developed.

Мейіргерлік істі дамыту орталығы - академиялық ұлттық және халықаралық мейіргерлік қауымдастық пен қоғам арасындағы ынтымақтастық және білім алмасу

Алма Сыздыкова

Қазақстан, Назарбаев университетінің "Университеттік медициналық орталығы" корпоративтік Қорының ғылым және білім департаментінің директоры, Ғылым кандидаты
alma.Syzdykova@umc.org.kz

Гулим Аймагамбетова

Қазақстан, MSc (Қаржы), Астана медициналық университетінің Халықаралық ынтымақтастық орталығының жетекшісі, aimagambetova.g@amu.kz

Түйіндеме

Мейірбике ісі және мейірбике ісі саласындағы халықаралық ынтымақтастықта электронды платформаларды пайдалану Мейірбике ісі тәжірибесін жетілдіруге және медициналық көмектің сапасын жақсартуға ықпал ететін дәлелдерге негізделген іс-шаралар санын көбейтуге ықпал етуі мүмкін. Осылайша, ProInCa жобасы аясында денсаулық сақтауды реформалау арқылы Мейірбике ісі саласындағы жоғары білімнің инновациялық әлеуетін дамыту, мейірбике ісін дамыту орталығы (МІДО) ұлттық және халықаралық медбикелер қауымдастығы арасындағы ынтымақтастық пен білім алмасудың тұрақты тетіктерінің ұзақ мерзімді әсерін қамтамасыз ету үшін жасалған электрондық платформа. Мақаланың мақсаты Қазақстандағы мейірбике ісін дамыту орталығын және оның мейірбике мамандығын жетілдіру жөніндегі жұмысын жариялау болып табылады.

Кілт сөздер: Мейіргер ісіндегі көшбасшылық, клиникалық мейіргер басшылығы, дәлелді мейіргер практикасы, ғылыми зерттеулер, мейіргер ісі саласындағы зерттеулер, Қазақстандағы мейіргер ісі, біліммен алмасу, қажеттілікті талдау, электрондық платформа, мейіргер ісі

Кіріспе

Қазақстан Республикасында мейіргер ісін дамытудың 2020 жылға дейінгі кешенді жоспары (Қазақстан Республикасы Еңбек және халықты әлеуметтік қорғау министрлігі, 2015 ж.) мейіргерлерге білім беру реформасымен бірлесіп, медициналық ұйымдардың дәрігерлер мен мейіргерлер ұйымдарының құрылымдарымен жұмысының жаңа тетіктерін енгізу дәлелдемелерге, іргелі және қолданбалы мейіргер ғылымына негізделген қазіргі заманғы практикаларды дамыту жоспарланғанын көздейді. Қазақстанда мейіргерлік қызмет көрсетуді дамыту бойынша бірқатар бағдарламалар мен нормативтік құжаттар қабылданды: Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау саласын дамытудың 2011-2015 жылдарға арналған "Саламатты Қазақстан", 2016-2019 жылдарға арналған "Денсаулық" мемлекеттік бағдарламалары, 2013-2016 жылдарға арналған денсаулық сақтаудың Адами ресурстарын дамыту жоспары, 2019-2021 жылдарға арналған әлеуметтік медициналық сақтандыру. Қазақстан медбике мамандығын өзгертуді қамтитын денсаулық сақтаудың ұлттық трансформациясы процесінде орын алуда. Бұл реформаға медбикелерді қосу өте маңызды, өйткені медбикелер науқастарға күтім жасауда ерекше жағдайға ие, бұл реформаланған денсаулық сақтауды жүзеге асыруға ықпал етеді (Colet, et al., 2018).

Ынтымақтастықтың маңызды нәтижелерінің бірі "Денсаулық сақтауды реформалау арқылы Мейірбике ісі саласындағы жоғары білім берудің инновациялық әлеуетіне жәрдемдесу" (ProInCa) жобасы болып табылады. Фин әріптестерінің техникалық және консалтингтік қолдауымен қолданбалы бакалавриаттан PhD деңгейіне дейінгі медбикелерге арналған жаңа оқу бағдарламалары іске қосылды, практикалық медициналық ұйымдарда мейірбикелік қызмет көрсетудің жаңа үлгісін енгізу бойынша пилоттық жобалар, сондай-ақ студенттердің Халықаралық кредиттік ұтқырлығы, Қазақстандық және фин университеттері арасында оқыту жүзеге асырылды. Денсаулық сақтау министрлігі мен Фин қолданбалы ғылымдар университеттері арасындағы ынтымақтастық 2013 жылы басталды. Қазақстан Республикасындағы мейіргер қызметін реформалау кезеңдерінде JAMK (Финляндия) қолданбалы ғылымдар университеті Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің (ҚР ДСМ) мейіргер қызметін дамыту үшін стратегиялық әріптес ретінде негізгі рөл атқарады.

Электрондық платформаның даму негіздемесі

ProInCa жобасы мейірбикелік білім беру және медициналық зерттеулер саласындағы инновациялар мен өтпелі процесті қолдау үшін басталған (ProInCa Project plan, 2017). Еуропа қаржыландыратын бұл жоба 2017-2021 жылдары іске асырылуда және оны төрт еуропалық жоғары оқу орны (ЖОО) - екеуі Финляндияда, біреуі Нидерландыда және біреуі Словенияда қолдайды, олар Қазақстандық жоғары оқу орындарымен және олармен байланысты қауымдасқан әріптестермен, оның ішінде денсаулық сақтау министрлігімен, Білім беру министрлігімен, медициналық колледждермен және денсаулық сақтау ұйымдарымен тығыз ынтымақтасады. ProInCa-ның түрлі Жобалық іс-шаралары, қазақстандық қатысушыларға арналған мастер-класстар, үздік халықаралық практикалармен алмасумен қатар, Қазақстанда реформалар жүргізу үшін қажетті дамуды жеделдетеді. Мейірбикелік білім беру, ғылыми зерттеулер және клиникалық практика триадасының бірлескен құрылымдарын жетілдіру өтпелі процесті іске асыру үшін қажетті инновациялық әлеуеттің негізі болып табылады (ProInCa Project plan, 2017). 2021 жылы жоба аяқталғаннан кейін өтпелі кезеңнің жалғасуын қамтамасыз ету үшін медбикелердің, оқытушылардың, зерттеушілердің және студенттердің кәсіби қауымдастықтарын олардың қатысуы мен қызметімен бөлісуге шақыру керек. Осы себепті білім алмасу мен ынтымақтастықты қолдау және барлық медбикелер, студенттер және мейірбике ісі бойынша оқытушылар үшін қол жетімді дәлелдерге негізделген заманауи білім беру үшін электронды платформа құрастырылды (ProInCa Project plan, 2017).

Электрондық платформаны дамыту

Мейіргер ісін дамыту орталығы (МІДО) өзекті білім алмасу мен ынтымақтастықты қолдайтын және мейірбике ісіндегі зерттеулер, дәлелді мейірбикелік практика, клиникалық мейірбикелік нұсқаулықтар және мейірбике ісіндегі көшбасшылық бойынша онлайн курстарды қамтитын электрондық платформа болады. Мейірбике ісі орталығының миссиясы ProInCa жобасы аясында жұмыс тобының халықаралық сессиялары барысында жасалды. Осылайша, ОДДО Мейірбике ісі және күтім саласындағы зерттеулерге арналған дәлелді клиникалық күтім ұсынымдарын және оқу материалдарын белсенді түрде жинайды, ілгерілетеді және бөліседі (ОДДО, 2019). ProInCa жобасы кезеңінде әзірленген бұл орталық ынтымақтастық пен білім алмасудың тұрақты тетіктерінің ұзақ мерзімді әсерін қамтамасыз етуге бағытталған. Контентті шоғырландыру, электрондық платформаның жұмыс істеуі және одан әрі дамуы үшін оны әкімшілендіру, техникалық қолдау, басқару және бақылау Қазақстандағы мейіргер ісін дамыту орталығымен (МІДО) қамтылады.

Электрондық платформа Қазақстанның денсаулық сақтау саласын реформалау үдерісіне өз үлесін қосуға арналғандықтан, электрондық платформа болашақ пайдаланушылар ретінде мүдделі тараптардың қажеттіліктері мен талаптарына сәйкес келуі маңызды. Ол үшін платформаны пайдаланушылардың қажеттіліктері қанағаттандырылғанына көз жеткізу үшін мейірбике ісі және мейірбике ісі саласындағы зерттеулердің мүдделі тараптармен кеңесу қажет болды. Осылайша, қажеттіліктерді талдау екі сатылы әдіспен жүргізілді, яғни Delphi зерттеуімен бірге әдебиеттерге шолу жасалды. Сарапшылар тобының жұмысына қатысу үшін үш елден: Қазақстан, Финляндия және Нидерландыдан 60-қа жуық қатысушы шақырылды. Электрондық платформа қазақстандық мейірбикелік әзірлемелердің қажеттіліктеріне сәйкес әзірленуі тиіс болғандықтан, сарапшылардың шамамен 75% - ы Қазақстаннан болды. Оған білім беру, ғылыми зерттеулер, (клиникалық) практика және ақпараттық технологиялар, сондай-ақ кәсіби басшылық пен мемлекеттік басқару саласындағы сарапшылар енгізілді. Әдеби шолу Мейірбике ісі, зерттеу және білім беру саласындағы бірлескен әзірлемелер үшін электронды платформаға қойылатын жалпы қабылданған талаптар туралы түсінік беруге бағытталған. Қазақстандық жағдайға тән электрондық платформаға қойылатын қосымша талаптар ProInCa жобасының қызметінен туындайды. Әдебиеттерді шолу қорытындылары, сондай-ақ ProInCa жобалық қызметіне қатысушылардың үлесі Delphi зерттеуіне осы талаптардың басымдығы бойынша сарапшылар арасында консенсусқа қол жеткізуге бағытталған үлес болып табылады. Осы бірлескен зерттеудің нәтижелері Қазақстанда мейірбике ісін нығайтуға арналған электронды платформаны дамытудағы негізгі қажеттіліктерді анықтауға және басымдыққа ие болуға көмектеседі (Dijkman, et al., 2020).

Электрондық платформа іс жүзінде мейірбикелерді, денсаулық сақтау мекемелеріндегі мейірбике менеджерлерін, медициналық ЖОО мен колледждердің мейірбике оқытушыларын және мейірбике зерттеушілерді өздерінің ғылыми жобаларын өз білімдерін байыту үшін қолдайды. Электрондық платформа ағымдағы қызметті ауыстыруға емес, оларды іс жүзінде сенімді күтім нәтижелерімен дәлелді және тиімді етуге бағытталған.

Тегін бірлескен веб-парақтан және парольмен қорғалған Moodle электрондық оқыту платформасынан тұратын МІДО электрондық платформасы. www.nursekz.com. сайт арқылы екі бөлікке қол жеткізуге болады. Wordpress-те МІДО туралы жалпы ақпаратты ұсынуға арналған Сайт жасалды. Веб-сайт Қазақстандағы мейіргер ісі туралы жалпы ақпаратты және дәлелді практика, клиникалық мейіргерлік нұсқаулар, мейіргер ісіндегі көшбасшылық және мейіргер ісі саласындағы зерттеулер туралы ақпаратты қамтиды.

МІДО электрондық платформасында қол жетімді курстардың келесідей тізімі бар: дәлелді Мейірбике ісі, ғылыми жобалар және мейірбике ісін жақсарту жобалары; Мейірбике ісі саласындағы ғылыми зерттеулердің әдістемесі мен әдістері; клиникалық мейірбикелік нұсқаулықтар инсульттан кейінгі оңалту; жүрек жеткіліксіздігі; ауырсынуды басқару. Электрондық оқыту және ынтымақтастық ортасы Moodle-де жасалған. www.nursekz.com. сайты арқылы Электрондық платформаны оңай табуға болады

МІДО желілік ұйым болып табылады. Университеттер, колледждер, клиникалар және басқа ұйымдар электрондық платформаны құру және мейірбике ісі практикасына ақпарат беру үшін МІДО ынтымақтастығына өз үлестерін қоса алады. Платформаның орнықтылығы мен Қазақстанда нақты пайдаланылуы барлық медициналық жоғары оқу орындарының, жоғары оқу орындары мен колледждердің, сондай-ақ медициналық мекемелердің Электрондық

тұғырнаманы әзірлеу үдерісіне қосылуы есебінен қамтамасыз етіліп отыр. Сонымен қатар, жобада серіктес емес мүдделі тараптарға осы процеске қосылуға мүмкіндік беріледі.

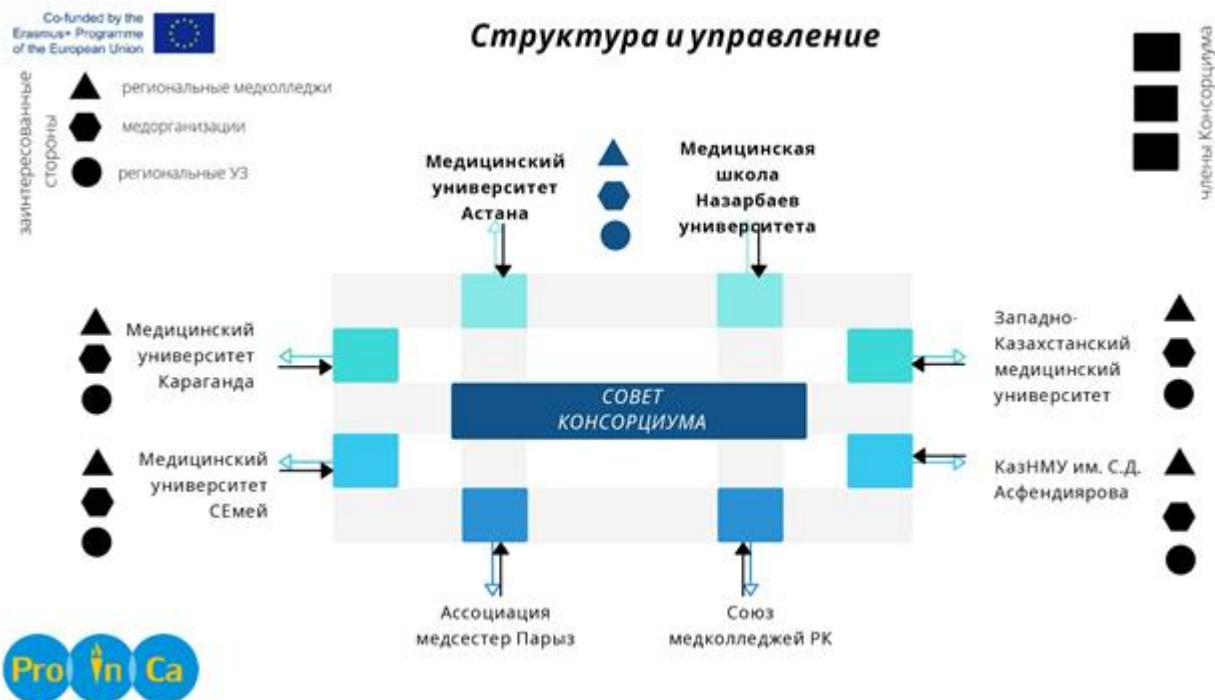
МІДО функциялары:

- электрондық платформада ұйымдастыру және басқару (веб-бет және электрондық оқыту ортасы);
- қазақстандық медбикелер қоғамдастығының халықаралық қоғамдастықтармен интеграциясына жәрдемдесу;
- күтім жасаудың қазіргі мәселелері бойынша МІДО аймақтық және Орталық бөлімшелерінде ынтымақтастық және байланыстар орнату;
- науқастарды күту саласында білім жинау және алмасу;
- мейірбике ісінің заманауи мәселелері бойынша медбикелерді дайындауды ұйымдастыру;
- мейіргерлік білім беру, зерттеулер мен практика бойынша консультациялық, сараптамалық және басқа да қызмет түрлерін ұйымдастыру.

МІДО ұйымдық құрылымы

МІДО басқарушы органы-серіктес университеттердің ректорлары мен Париза медбикелері қауымдастығы мен медициналық колледждер қауымдастығының президенттері ұсынған консорциум Кеңесі. Құрылым орталық және аймақтық МІДО бөлімшелерінен тұрады. МІДО орталық кеңсесі Астана Медицина Университеті және Назарбаев Университетінің Медицина мектебі басқаратын МІДО үйлестіру кеңсесі болып табылады.

Батыс Қазақстан медицина университеті, Семей Медицина Университеті, Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы, Қарағанды медицина университеті, Қазақ ұлттық медицина университеті басқаратын МІДО-ның бес өңірлік бөлімшесі бар. Бұл аймақтық бөлімдер іс жүзінде ақпарат беруде және жергілікті медбикелерді, Мейірбике ісі студенттерін, зерттеуші медбикелерді МІДО-ға қосуда маңызды рөл атқарады. МІДО-ның аймақтық бөлімшелері келесі салалардағы курстарды дамытуға бағытталған: Мейірбике ісі саласындағы зерттеулер, дәлелді мейірбикелік тәжірибені енгізу, Онкологиядағы күтім, алғашқы медициналық-санитарлық көмек, мейірбикелік клиникалық нұсқаулықтар, паллиативті көмек, науқастарға күтім жасау жоспарлары, мейірбике ісіндегі диагностика, мейірбике ісіндегі фармакология, стандартты операциялық процедуралар және мейірбике ісіндегі дағдылар.



Сурет 1. Мейіргерлік істі дамыту орталығының консорциумы

Қорытынды

МІДО Қазақстандағы медбике мамандығын жетілдіруге өз үлесін қосуда. 2021 жылы жоба аяқталғаннан кейін медбикелердің, медбикелердің тәрбиешілері мен медбикелерді зерттеушілердің кәсіби қауымдастығы өзінің қатысуы мен қызметін МІДО электронды платформасы арқылы жалғастыруды жоспарлап отыр. Электрондық платформа барлық медбикелер мен медициналық қызмет көрсетушілер үшін қол жетімді қазіргі заманғы дәлелдерге негізделген білім береді. Мейірбикелерді дәлелді тәжірибе, клиникалық нұсқаулар және зерттеу нәтижелері туралы хабардар ету және тәрбиелеу күтім тәжірибесін жақсарту үшін қажет. МІДО академиялық ұлттық және халықаралық медбикелер қауымдастығы мен қоғам арасындағы ынтымақтастық пен білім алмасуға қызығушылық танытқандар үшін ашық.

Центр развития сестринского дела как инструмент сотрудничества и обмена знаниями между академическим национальным и международным сестринским сообществом

Алма Сыздыкова

Кандидат наук, директор департамента науки и образования Корпоративного фонда «Университетский медицинский центр» Назарбаев университета, Казахстан, alma.Syzdykova@umc.org.kz

Гулим Аймагамбетова

MSc (Финансы), руководитель Центра международного сотрудничества Астанинского медицинского университета, Казахстан, aimagambetova.g@amu.kz

Резюме

Использование электронных платформ в международном сотрудничестве в области сестринского дела и в области сестринского дела может способствовать совершенствованию практики ухода за больными и увеличению числа мероприятий, основанных на доказательствах, что способствует повышению качества ухода. Таким образом, в рамках проекта ProInCa - Содействие инновационному потенциалу высшего образования в области сестринского дела через реформирование здравоохранения, Центр развития сестринского дела (ЦРСД) электронная платформа разработанная для обеспечения долгосрочного воздействия устойчивых механизмов сотрудничества и обмена знаниями между национальным и международным сообществом медсестер. Целью данной статьи является освещение Центра развития сестринского дела и его работы по совершенствованию профессии медсестры в Казахстане.

Ключевые слова: сестринское дело, электронная платформа, анализ необходимости, обмен знаниями, сестринское дело в Казахстане, исследования в области сестринского дела, научные исследования, доказательная сестринская практика, клинические сестринские руководства, лидерство в сестринском деле

Введение

Казахстан находится в процессе национальной трансформации здравоохранения, которая включает в себя преобразование профессии медсестры. Включение медсестер в эту реформу имеет жизненно важное значение, поскольку медсестры находятся в уникальном положении в оказании ухода за пациентами, что способствует осуществлению реформированного здравоохранения (Colet, et al., 2018). В Казахстане принят ряд программ и нормативных документов по развитию сестринского обслуживания: Государственные программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Казахстан» на 2011-2015 годы, «Денсаулық» на 2016-2019 годы, План развития человеческих ресурсов здравоохранения на 2013-2016 годы, социальное медицинское страхование на 2019-2021 годы. Комплексный план развития сестринского дела в Республике Казахстан до 2020 года (Министерство труда и социальной защиты населения Республики Казахстан, 2015 г.) предусматривает, что совместно с реформой образования медсестер планируется внедрить новые механизмы работы медицинских

организаций с структурами организации врачей и медсестер и развитие современных практик, основанных на доказательствах, фундаментальной и прикладной сестринской науке.

На этапах реформирования сестринской службы в Республике Казахстан Университет прикладных наук JAMK (Финляндия) играет ключевую роль в качестве стратегического партнера для развития сестринской службы Министерства здравоохранения Республики Казахстан (МЗРК). Сотрудничество между Министерством здравоохранения и Финскими университетами прикладных наук началось еще в 2013 году. При технической и консалтинговой поддержке финских коллег были запущены новые учебные программы для медсестер от прикладного бакалавриата до уровня PhD, реализованы пилотные проекты по внедрению новой модели сестринского обслуживания в практических медицинских организациях, а также международная кредитная мобильность студентов и преподавание между казахстанскими и финскими университетами. Одним из важных результатов сотрудничества является проект «Содействие инновационному потенциалу высшего образования в области сестринского дела через реформирование здравоохранения» (ProInCa).

Обоснование развития электронной платформы

Проект ProInCa инициирован для поддержки инноваций и переходного процесса в области сестринского образования и медицинских исследований (ProInCa Project plan, 2017). Этот финансируемый Европой проект реализуется в 2017-2021 годах и поддерживается четырьмя европейскими высшими учебными заведениями (ВУЗ) - двумя в Финляндии, одним в Нидерландах и одним в Словении, - которые тесно сотрудничают с казахстанскими ВУЗами и связанными с ними ассоциированными партнерами, в том числе Министерством здравоохранения, Министерством образования, медицинскими колледжами и организациями здравоохранения. Различные проектные мероприятия ProInCa, такие как мастер-классы для казахстанских участников наряду с обменом лучшими международными практиками, ускоряют развитие, необходимое для проведения реформ в Казахстане. Совершенствование совместных структур триады сестринского образования, научных исследований и клинической практики является основой инновационного потенциала, необходимого для реализации переходного процесса (ProInCa Project plan, 2017). Для обеспечения продолжения переходного процесса после завершения проекта в 2021 году следует поощрять профессиональные ассоциации медсестер, преподавателей, исследователей и студентов к обмену своим участием и деятельностью. По этой причине разработана электронная платформа для поддержки обмена знаниями и сотрудничества и предоставления современных знаний, основанных на доказательствах доступных для всех медсестер, студентов и преподавателей сестринского дела (ProInCa Project plan, 2017).

Разработка электронной платформы

Для консолидации контента, функционирования и дальнейшего развития электронной платформы, ее администрирование, техническая поддержка, управление и контроль охватываются Центром развития сестринского дела (ЦРСД) в Казахстане. Этот центр, разработанный в период проекта ProInCa, направлен на обеспечение долгосрочного воздействия устойчивых механизмов сотрудничества и обмена знаниями. Таким образом, ЦРСД активно собирает, продвигает и делится основанными на фактических данных клиническими рекомендациями по уходу и учебными материалами для исследований в области сестринского дела и ухода (ЦРСД, 2019). Миссия Центра сестринского мастерства была разработана в рамках проекта ProInCa в ходе международных сессий рабочей группы. Ядром ЦРСД будет электронная

платформа, которая поддерживает обмен знаниями и сотрудничество и будет включать в себя онлайн-курсы по исследованиям в сестринском деле, доказательной сестринской практике, клинических сестринских руководств и лидерства в сестринском деле.

Поскольку электронная платформа призвана внести свой вклад в процесс реформирования здравоохранения Казахстана, важно, чтобы электронная платформа соответствовала потребностям и требованиям заинтересованных сторон как будущих пользователей. Для этого было необходимо проконсультироваться с заинтересованными сторонами в области сестринского образования, сестринской практики и исследований в области сестринского дела, с тем чтобы убедиться в том, что потребности пользователей платформы удовлетворены. Таким образом, анализ потребностей проводился в двухшаговом методе, то есть обзор литературы, сопровождающийся исследованием Delphi. Для участия в работе группы экспертов было приглашено около 60 участников из трех стран: Казахстана, Финляндии и Нидерландов. Поскольку электронная платформа должна быть разработана, чтобы соответствовать потребностям казахстанских сестринских разработок, около 75% экспертов были из Казахстана. Были включены эксперты в области образования, научных исследований, (клинической) практики и информационных технологий, а также профессионального руководства и государственного управления. Литературный обзор был направлен на то, чтобы дать представление об обще воспринимаемых требованиях к электронной платформе для совместных разработок в области сестринской науки, исследований и образования. Дополнительные требования к электронной платформе, специфичной для казахстанской ситуации, вытекают из деятельности проекта ProInCa. Выводы обзора литературы, а также вклад участников проектной деятельности ProInCa являются вкладом в исследование Delphi, направленное на достижение консенсуса между экспертами по приоритетности этих требований. Результаты этого совместного исследования будут способствовать выявлению и приоритизации основных потребностей при разработке электронной платформы для укрепления сестринского дела в Казахстане (Dijkman, et al., 2020).

Электронная платформа поддерживает медсестер на практике, медсестер менеджеров в медицинских учреждениях, преподавателей сестринского дела в медицинских университетах и колледжах, и медсестер исследователей в своих исследовательских проектах в обогащении собственных знаний. Электронная платформа не имеет цели заменить текущую деятельность, но и сделать их более основанными на доказательствах и эффективными с надежными результатами ухода на практике.

Электронная платформа ЦРСД, состоящая из бесплатной совместной веб-страницы и защищенной паролем платформы электронного обучения Moodle. Обе части можно получить через www.nursekz.com. Сайт для представления общей информации о ЦРСД разработан в Wordpress. Веб-сайт содержит общую информацию о сестринском деле в Казахстане и информацию о доказательной практике, клинических сестринских руководствах, лидерстве в сестринском деле и исследованиях в области сестринского дела.

Среда электронного обучения и совместной работы разработана в Moodle. Электронную платформу можно легко найти [на www.nursekz.com](http://www.nursekz.com). Существует перечень доступных курсов на электронной платформе ЦРСД: Доказательная сестринская практика, Исследовательские проекты и проекты улучшения в области сестринского дела; Методология и методы научных исследований в области сестринского дела; Клинические сестринские руководства такие как Реабилитация после инсульта; Сердечная недостаточность; Управление болью.

ЦРСД является сетевой организацией. Университеты, колледжи, клиники и другие организации могут внести свой вклад в сотрудничество ЦРСД для создания электронной платформы и привнести информацию в практику сестринского дела. Устойчивость платформы и подлинное использование в Казахстане обеспечивается за счет включения в процесс разработки электронной платформы всех медицинских вузов, высших учебных заведений и колледжей, а также медицинских учреждений. Кроме того, заинтересованным сторонам, которые не являются партнерами в проекте, предоставляется возможность присоединиться к этому процессу.

Функции ЦРСД:

- организация и управление на электронной платформе (веб-страница и среда электронного обучения);
- содействие интеграции казахстанского сообщества медсестер с международными сообществами;
- сотрудничество и налаживание связей в региональных и центральных отделениях ЦРСД по современным вопросам ухода;
- сбор и обмен знаниями в области ухода за больными;
- организация подготовки медсестер по современным вопросам сестринского дела;
- организация консультационных, экспертных и других видов услуг по сестринскому образованию, исследованиям и практике.

Организационная структура ЦРСД

Руководящим органом ЦРСД является Совет Консорциума, представленный ректорами университетов-партнеров и президентами Ассоциации медсестер Париза и Ассоциации медицинских колледжей. Структура состоит из Центральных и Региональных отделений ЦРСД. Центральный офис ЦРСД является координационным офисом ЦРСД, управляемым Медицинским университетом Астана и Медицинской школой Назарбаев Университета.

Имеется пять региональных отделений ЦРСД, управляемых Западно-Казахстанским медицинским университетом, Медицинским Университетом Семей, Южно-Казахстанской медицинской академией, медицинским университетом Караганды, Казахским национальным медицинским университетом, соответственно. Эти региональные отделения играют ключевую роль в предоставлении информации на практике и подключении местных медсестер, студентов сестринского дела, медсестер исследователей к ЦРСД. Региональные отделения ЦРСД направлены на разработку курсов в следующих областях: исследования в области сестринского дела, внедрение доказательной сестринской практики, уход в онкологии, уход в первичной медико-санитарной помощи, сестринские клинические руководства, паллиативная помощь, планы ухода за больными, диагностика в сестринском деле, фармакология в сестринском деле, стандартные оперативные процедуры и навыки в сестринском деле.



Структура и управление

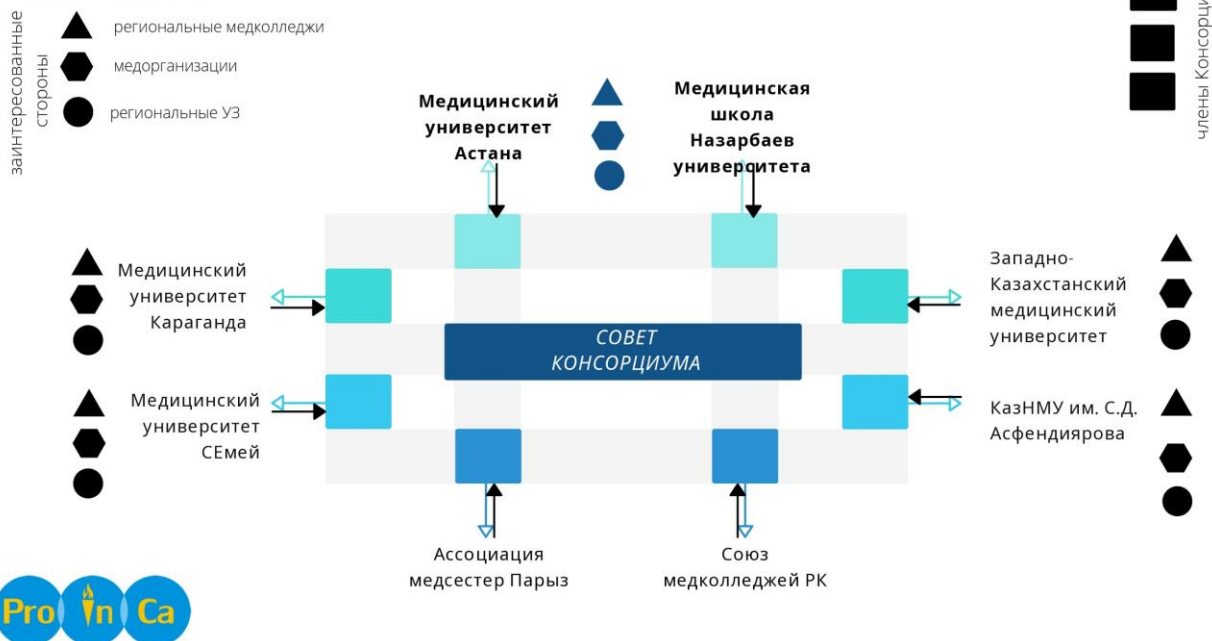


Рисунок 1. Консорциум ЦРСД

Заключение

ЦРСД вносит свой вклад в улучшение профессии медсестры в Казахстане. После завершения проекта в 2021 году профессиональное сообщество медсестер, воспитателей медсестер и исследователей медсестер планирует продолжить свое участие и деятельность через электронную платформу ЦРСД. Электронная платформа будет по-прежнему предоставлять современные знания, основанные на фактических данных, доступные для всех медсестер и поставщиков медицинских услуг. Информирование и просвещение медсестер о доказательной практике, клинических руководящих принципах и результатах исследований имеют важное значение для улучшения практики ухода. ЦРСД открыт для всех, кто проявляет интерес к сотрудничеству и обмену знаниями между академическим национальным и международным сообществом медсестер и обществом.

Center of nursing excellence - collaboration and knowledge sharing tool between academic national and international nursing community and society

Alma Syzdykova

PhD, Director of Science and Education Department, Corporate fund "University Medical Center" of Nazarbayev University, Kazakhstan, alma.Syzdykova@umc.org.kz

Gulim Aimagambetova

MSc (Finance), Head of the Center for International Cooperation, Astana Medical University, Kazakhstan, aimagambetova.g@amu.kz

Abstract

The use of e-platforms in international cooperation in nursing and in nursing science can contribute to the improvement of nursing practice and the increase of evidence-based interventions, generating an improvement in the quality of nursing. Therefore, within the ProInCa project - Promoting the Innovation Capacity of Higher Education in Nursing during Health Services Transition, the Center of Nursing Excellence (CNE) e-platform is developed to ensure long term impact by sustainable mechanisms for collaboration and knowledge sharing between the national and international nursing community. The aim of this article is to introduce the Center of Nursing Excellence and its work in improving the nursing profession in Kazakhstan.

Key words: Nursing, e-platform, requirements analysis, knowledge sharing, nursing in Kazakhstan, nursing research, evidence-based nursing, nursing clinical guidelines, nursing leadership

Introduction

Kazakhstan is in the midst of a national healthcare transformation, which includes transforming the nursing profession. Inclusion of nurses in this reform is vitally important, as nurses are in the unique position of care delivery that contributes to the implementation of reformed healthcare (Colet, et al., 2018). Kazakhstan has adopted a number of programmes and regulatory documents for the development of nursing service: The State programmes of healthcare development of the Republic of Kazakhstan "Salamatty Kazakstan" 2011-2015, "Densaulyk" 2016-2019, Plan of Healthcare Human Resources Development for 2013-2016, Social Health Insurance for 2019-2021. Comprehensive Plan of Nursing Care Development in the Republic of Kazakhstan until 2020' (Ministry of Labor and Social Protection of Population of the Republic of Kazakhstan, 2015) outlines that, together with nurses' education reform it is planned to introduce new mechanisms of medical organizations functioning with doctors and nurses' organization structures and the development of modern nursing evidence-based practices, fundamental and applied nursing science.

During the stages of reforming the nursing service in the Republic of Kazakhstan the JAMK University of Applied Sciences (Finland) plays a key role as a strategic partner for the development of the nursing service of the Ministry of Healthcare of the Republic of Kazakhstan (MoH). The collaboration between the Ministry of Healthcare and the Finnish Universities of Applied Sciences (UAS) started already in 2013. With the technical and consulting support of Finnish colleagues, a new training programs for nurses from the applied bachelor's level to the PhD level have been launched, pilot projects have been implemented to introduce a new model of nursing service in practical health care organizations, as well as international credit mobility of students and teaching has been implemented between Kazakhstani and Finnish universities. One of the significant results of cooperation is the project "Promoting the Innovation Capacity of Higher Education in Nursing During Health Services' Transition" (ProInCa).

The rationale for the development of the e-platform

The ProInCa project is initiated to support innovations and the transition process in nursing education and nursing research (ProInCa project plan, 2017). This European-funded project runs from 2017-2021 and is supported by four European Higher Educational Institutes (HEIs) - two in Finland, one in the Netherlands and one in Slovenia - that work closely together with Kazakh HEIs and associated partners including among others the Ministry of Healthcare, the Ministry of Education, medical colleges and health care organisations. A variety of ProInCa project activities, such as Masterclasses for Kazakh participants along with exchanging international best practices, accelerates the development required for the reforms that are in progress in Kazakhstan. Improving the collaborative structures of the trinity of nursing education, research and clinical practice are the core of the innovation capacity needed to realize the transition process (ProInCa project plan, 2017). To guarantee the continuation of the transition process after the project will be completed in 2021, communities of professional nurses, nursing educators, researchers and students should be encouraged to exchange their involvement and activities. For this reason, an e-platform is developed to support knowledge sharing and collaboration and provide contemporary evidence-based knowledge available for all nurses, nursing students and nurse educators (ProInCa project plan, 2017).

Development of the e-platform

To consolidate the content, functioning and further development of the e-platform, its administration, technical support, management and control is covered by the Center of Nursing Excellence (CNE) in Kazakhstan. This center, developed during the ProInCa project period, aims to ensure long term impact by sustainable mechanisms for collaboration and knowledge sharing. Therefore, the CNE actively collects, promotes and shares evidence-based nursing clinical guidelines and educational materials for nursing and nursing research (CNE, 2019). The mission statement of the Center of Nursing Excellence was developed within the ProInCa project during the international workgroup sessions. The core of the CNE will be the e-platform, which supports the knowledge sharing and collaboration and will include online courses about nursing research, evidence-based nursing, nursing clinical guidelines and nursing leadership.

Since the e-platform aims to contribute to the Kazakh healthcare transition process it is important that the e-platform will meet the needs and requirements of the stakeholders as being the future users. For this, stakeholders from the field of nursing education, nursing practice and nursing research should be consulted, to make sure that platform users' needs are being fulfilled. Therefore, a requirements analysis is conducted, in a two-step method, that is a literature review proceeded by a Delphi study. For the panel of experts, approximately 60 participants were invited, originating from three countries: Kazakhstan, Finland, and the Netherlands. Since the e-platform is to be developed to fit the needs of Kazakh nursing developments, around 75% of the experts were from Kazakhstan. Experts in the field of education, research, (clinical) practice, and information technology, as well as professional leadership and government were included. The literature study aims to provide insight in the generally perceived requirements of an e-platform for collaborative developments in nursing science and nursing research education. Additional requirements for the e-platform specific for the Kazakh situation are derived from the ProInCa project activities. The findings of the literature review, along with contributions from participants of ProInCa project activities, are the input for the Delphi study, aiming to achieve consensus among experts on prioritizing these requirements. The results of this combined study will contribute to identifying and prioritizing the essential requirements when developing the e-platform to strengthen nursing in Kazakhstan (Dijkman, et al., 2020).

The e-platform supports nurses in practice, nurse managers in health care facilities, teachers of nursing in medical universities and colleges, and nursing researchers in their research projects, and enriches their knowledge. The e-platform does not have the aim to replace current activities, but to make them more evidence-based and efficient with reliable nursing outcomes in practice.

The e-platform of CNE consisting of free collaborative web-page and password protected e-learning platform Moodle. Both parts can be accessed through www.nursekz.com. The website for presenting general information about the CNE is developed in Wordpress. The website contains general information about nursing in Kazakhstan and information about Evidence-Based Nursing, Nursing Clinical Guidelines, Nursing Leadership and Nursing Research.

The e-learning and collaboration environment is developed in Moodle. The e-platform can be easily found and entered through the internet on www.nursekz.com. There is the list of available courses at the CNE e-platform: Research and based development projects in nursing; Methodology and Methods of Scientific Research in Nursing; Nursing Clinical Guidelines; Cardiac rehabilitation; Heart Failure; Pain management.

The CNE is a network organization. Universities, colleges, clinics, and other organizations can contribute to the CNE collaboration to build the e-platform and bring the information to nursing practice. The sustainability of the platform and genuine use in Kazakhstan is ensured by including during the development process of the e-platform all medical universities, higher colleges and colleges as well as health care facilities. Moreover, stakeholders that are not partners in the project are given an opportunity to join in this process.

CNE functions:

- organization and management of on an electronic platform (webpage and e-learning environment);
- promoting integration of the Kazakhstan community of nursing with international communities;
- collaborating and networking in regional and central CNE offices on contemporary nursing issues;
- gathering, and sharing knowledge on nursing;
- organizing training of nurses on contemporary nursing issues;
- organizing consulting, expert and other types of services on nursing education, research and practice.

Organizational structure of CNE

The governing body of the CNE is the Council of the Consortium, represented by the rectors of the partner universities and presidents of Paryz Nursing Association and Association of medical colleges. The structure of the CNE consists of Central and Regional CNE Offices. Central CNE Office is a coordinating office of CNE managed by Astana medical university, and Nazarbayev university School of Medicine.

There are five regional CNE offices managed by West-Kazakhstan Medical University, Semey Medical University, South-Kazakhstan Medical Academy, Karaganda Medical University, Kazakh National Medical University, respectively. These regional offices play a key role in delivering information to practice and connect local nurses, nursing students, nursing teachers, and nursing researchers to the CNE. The Regional CNE offices are aimed to develop courses in the following areas: Research in Nursing, Implementation of scientific principles for obtaining evidence-based nursing, Nursing in Oncology, Nursing in primary healthcare, Nursing leadership, Palliative care, Nursing care plans, Nursing diagnoses, Nursing Pharmacology, Standard Operational Procedures and Skills in Nursing.

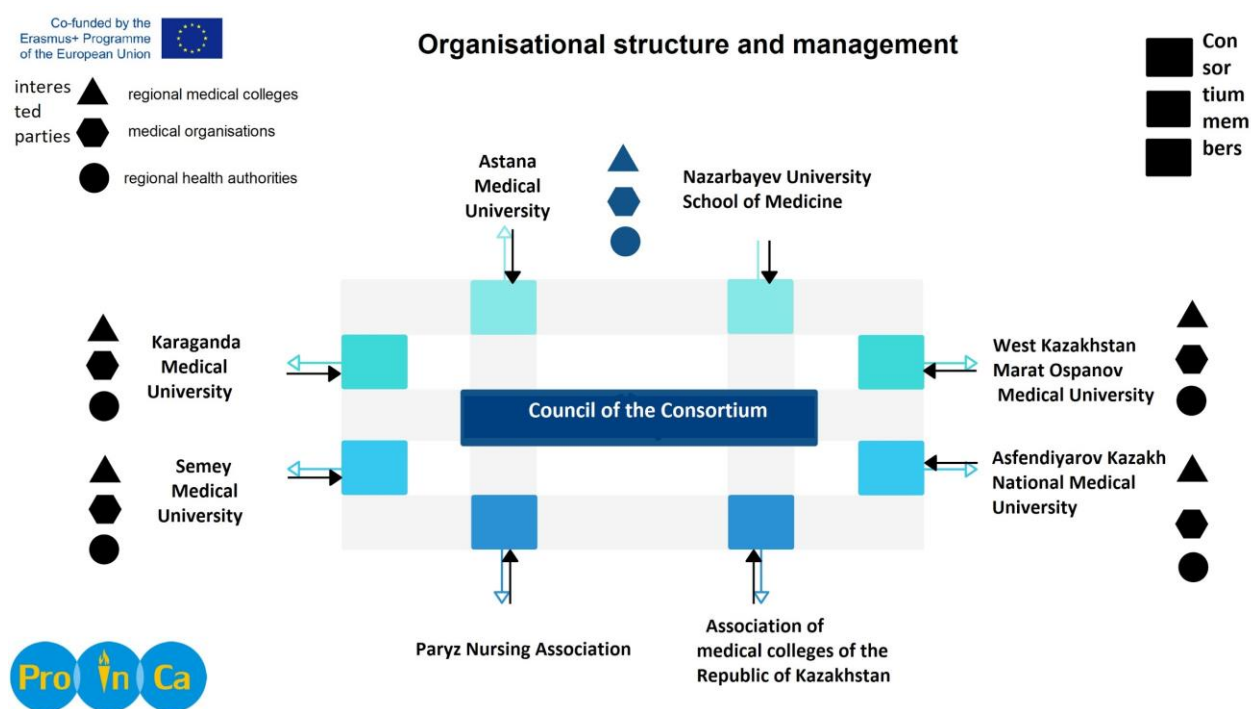


Figure 1. CNE Consortium

Conclusion

The CNE contributes to improving the nursing profession in Kazakhstan. After the project will be completed in 2021, the professional community of nurses, nurse educators, and nursing researchers, are planning to continue their involvement and activities through the CNE e-platform. The e-platform will continue to provide contemporary evidence-based knowledge available for all nurses and health care service providers. Informing and educating nurses about evidence-based practice, clinical guidelines, and research findings are important for improving nursing practice. CNE is open to everyone who shows interest in collaboration and knowledge sharing between academic national and international nursing communities and society.

Literature

- Colet, P., Stitt, N.L. & Syzdykova, A., 2018. Capacity Building in Higher Education for Nurses in Kazakhstan and Its Importance, ProInCa Blog, Available at: <http://proinca-nursing.kz>
- Dijkman, B.L., Oosterhoff, A.T., Akanov, A. & Paans, W., 2021. Identifying and prioritizing requirements for an e-platform to strengthen nursing in Kazakhstan a two-step research design including a literature review and a Delphi study. (in publication process).

Дәлелді мейіргерлік тәжірибеге кіріспе

Жулдыз Жетмекова

Мейіргер ісі саласындағы ғылым магистрі, оқытушы
«Семей медицина университеті» КЕАҚ, Қазақстан Республикасы,
zhuldyz.zhetmekova@nao-mus.kz

Лаура Қасым

PhD, «Семей медицина университеті» КЕАҚ, Қазақстан Республикасы
laura.kassym@gmail.com

Альмира Ахметова

м.ғ.к., дерматовенерология және косметология кафедрасының меңгерушісі
«Семей медицина университеті» КЕАҚ, Қазақстан Республикасы,
almira.akhmetova@nao-mus.kz

Түйіндеме

Дәлелді мейіргерлік тәжірибе - мейіргердің өмір бойы оқуы негізінде қалыптасатын негізгі құзыреттерінің бірі болып табылады. Дәлелді мейіргер ісін және дәлелді тәжірибені енгізу дағдыларын зерделеу «Мейіргер ісі» мамандығы бойынша білім беру бағдарламасының ең алғашқы сатыларынан басталады және дипломнан кейінгі оқыту сатысында жалғасын табады. Қызмет істеп жүрген мейіргерлер де дәлелді тәжірибенің білімі мен дағдыларын үнемі жаңартып отыруды қажет етеді. Мақалада мейіргер үшін қажетті дәлелді тәжірибенің үлгілері мен негізгі санаттары сипатталған.

Түйінді сөздер: *дәлелді мейіргер ісі, дәлелді мейіргерлік тәжірибе, анықтамалар, зерттеулер, дәлелді тәжірибенің үлгісі*

Зерттеу - мейіргердің тағы бір құзыреті. «Бакалавр-магистр-PhD» сұлбасы бойынша үздіксіз жоғары білім беруді енгізу қазақстандық білім беру жүйесін Балон процесіне біріктіру жетістіктерінің бірі болды. Осындай өзгерістер мейіргер ісінің білім беру бағдарламаларына да қатысты, бұл Қазақстан Республикасында мейіргер ісін дамытудың 2020 жылға дейінгі кешенді жоспарында көрініс тапты. Жоспарды іске асыру қорытындылары бойынша мейіргерлерге арналған білім беру үлгісін жаңғырту маманның тікелей лауазымдық құзыреттерінің деңгейін арттырып қана қоймай, сонымен қатар денсаулық сақтау саласының орта буын қызметкерлерінің зерттеу дағдыларын айтарлықтай жақсартуы тиіс (Қазақстан Республикасында мейіргер ісін дамытудың 2020 жылға дейінгі кешенді жоспары).

Мейіргердің имиджі мен қызметіндегі осындай жүйелі өзгерістер ғылыми-зерттеу құзіреттілігінің маңыздылығын жеке түсінумен бірге жүруі тиіс. Қарапайым адамдар деңгейінде зерттеуші дағдыларын игеру академиялық немесе ғылыми ортада кәсіби қызметін бастауға және жалғастыруға ниет білдірген студенттер үшін ғана қажетті деген жалған пікір қалыптасуы мүмкін. Алайда, мейіргер ісінің тәжірибелі мамандары да осындай білім мен дағдыларды қажет етеді. Бір жағынан, мейіргерлер өмір мен денсаулық туралы ғылымның жетістіктерін тәжірибелік қызметке енгізеді. Екінші жағынан, олар өздері қызығушылық тудыратын салалар мен сұрақтар бойынша зерттеулер жүргізу үшін ғылыми қызметкерлерге сұраныс қалыптастыра алады.

Мейіргер ісі - бұл өнер ме немесе ғылым ба?

AMSN (Academy of Medical-Surgical Nurses) президенті Линда Йодер мейіргер кәсібилігінің келесі негізгі параметрлерін анықтады – пациенттің және оның отбасының мүддесі үшін жұмыс істеу, білім мен құзыреттіліктің жоғары стандарттарына сәйкестік, кәсіптің этикалық қағидаларын сақтау, гуманистік мұраттарға деген адалдықты және пациенттердің әртүрлі мәдениеттері мен сенімдеріне ашықтықты көрсету (Yoder, 2017). «Мінсіз» мейіргердің аталған параметрлеріне сүйене отырып, мейіргер ісі кәсібі жеке қасиеттердің және алынған білім мен дағдылардың үйлесімін алдын-ала анықтай отырып, өнер мен ғылым арасында тепе-теңдік сақтайды деген қорытынды жасауға болады. Мейіргер кәсібіндегі ғылыми көзқарас іргелі және қолданбалы білімді жүйелеудің, бастапқы ақпарат көздерін үнемі шолудың, тұжырымдамалар мен теорияларды құру мен сынаудың болуын дәлелдейді. Өз кезегінде, мейіргер ісінің қолөнершілік сипаты нақты тәжірибе жағдайында идеяларды шығармашылық іске асырумен байланысты. Нақты жұмыс істеп жүрген мейіргер сыни ойлау дағдыларын қолдана отырып, теориялық білімнің қолданылуы туралы қорытынды жасай алады. Осылайша, мейіргер ісінің мазмұны жөніндегі тоқтаусыз пікірталастар мейіргер ісін кәсібилендіру мәселесіне әкеледі.

Мейіргер ісін кәсібилендіру

Мейіргер ісінің құзыреттілік торына ғылыми және білім беру компоненттерін біріктіру кәсібилендіру деңгейін айтарлықтай арттыруға мүмкіндік береді. Watkins (2011) зерттеу нәтижелері бойынша магистр дәрежесін алу өзіне деген сенімділік, танымдық функционалдылық, дәлелді тәжірибені дамыту және кәсіпқойлықты арттыру сияқты даму салаларын жақсартуға мүмкіндік береді. Дәлелді мейіргер ісінің қағидаттарын қолдану қалыптан тыс ойлауға, стратегиялық және тактикалық алғырлық және дәлелді тәжірибені тиімді енгізуге ықпал етеді. Кәсіби шеберліктің дамуы мансаптық баспалдақпен жылжумен, кәсіби бедел мен мәртебенің артуымен, командада жұмыс істеу дағдысының жақсаруымен және мейіргер ісінде шеберліктің шыңдалуымен байланысты (Watkins, 2011). Осылайша, мейіргер ісін кәсібилендіру үнемі дәлелді тәжірибе қағидаттарын сақтауды және сыни ойлауды қолдануды білдіреді.

Дәлелді тәжірибенің анықтамасы, Дәлелді мейіргер ісі, Дәлелді медицинадан айырмашылығы

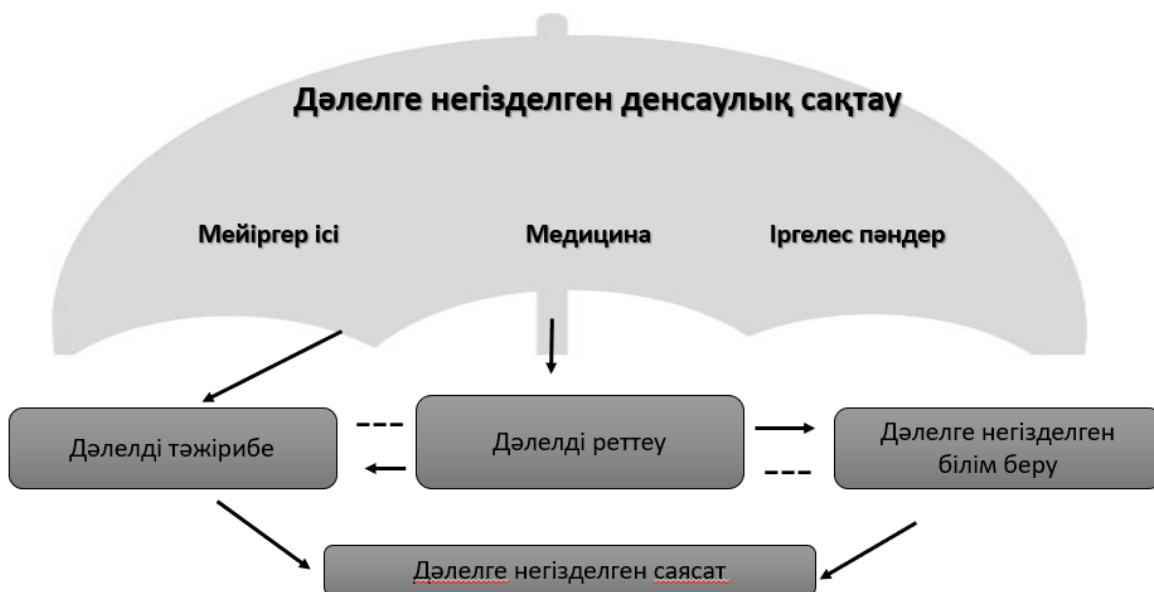
Дәлелді тәжірибе (дәлелдемелерге негізделген тәжірибе) - бұл үздік, қолжетімді ғылыми білім мен клиникалық сараптаманы ойлы біріктіруге негізделген денсаулық сақтау саласындағы қызмет көрсету тәсілі (Yoder, 2017). Шын мәнінде, дәлелді тәжірибе ұғымы көп құрамды болып табылады. Нэнси Спектор дәлелді реттеу мен дәлелді тәжірибенің өзара байланысының келесі тұжырымдамасын сипаттайды: дәлелді медицина, дәлелді мейіргер ісі және шектес мамандықтар дәлелді тәсілдеменің жалпы «шатырлы» ұғымымен біріктірілген, бұл, өз кезегінде, білім беруде, тәжірибелік қызметте және әкімшілендіруде ұқсас дәлелді үлгілерді талап етеді (1-сурет) (Spector, 2010).

Эволюциялық тұрғыдан алғанда, бұл тұжырымдамадағы ең алғашқы түсінік дәлелді медицинаны анықтау болды. Дэвид Саккет келесі анықтаманы берді: «Дәлелді медицина - бұл белгілі бір пациентке күтім жасау туралы шешім қабылдауда ең жаңа, ең жақсы дәлелдерді саналы, нақты және орынды пайдалану» (Sackett, 1997). Осы түсіндірмеден үш негізгі компонентті бөліп көрсетуге болады - ғылыми білім, пациенттің болжалы және маманның тәжірибесі. Дәлелді медицинаның айрықша ерекшелігі - диагностикалық және емдік рәсімдерге қатысты шешімдер қабылдау кезінде дәлелдемелерді қолдануға баса назар аудару болып табылады, ал дәлелді

мейіргер ісінің анықтамасында пациентке неғұрлым тұтас, холистика көзқараспен байланысты аспектілер бірінші орынға шығады деп күтілуде. Осылайша, дәлелді мейіргер ісінің анықтамасы ұсынылған клиникалық жағдайларда оңтайлы күтім жасау үшін белгілі бір пациенттің қажеттіліктеріне үздік дәлелдерді жекелендіру әрекетін көрсетеді. Sigma Theta Tau International ұйымы дәлелді мейіргерлік тәжірибенің басқа маңызды құрамдас бөлігі - денсаулық сақтау ресурстарын (www.sigmanursing.org) бөліп көрсетеді. Өйткені, дәлелді мейіргер ісінің қағидаттарын сақтау ықыласы болса да, шектеулі қаржылық, әкімшілік немесе инфрақұрылымдық ресурстар үздік дәлелді тәжірибелерді енгізуге кедергі болуы мүмкін.

Дәлелді реттеу мен дәлелге негізделген денсаулық сақтау арасындағы байланыс.

Суретте көрсетілгендей, дәлелі реттеу, тәжірибе және оқыту дәлелді денсаулықтың қолшатыры астында



1-сурет: «Дәлелді денсаулық сақтау» түсінігінің көп құрамдастығы (Spector, 2010)

Дәлелді мейіргерлік тәжірибенің кезеңдері

Тәжірибеде дәлелді мейіргер ісінің қағидаттарын қалай іске асыруға болады? Алынған ғылыми дәлелдерді мейіргерлердің күнделікті өміріне ауыстыру және енгізу қалай жүзеге асырылады? Бұл процесс ретпен істелетін процесс пе, әлде әрқашан белгілі бір шешімдер қабылдаумен аяқталады ма? Бұл үшін орындауға түсінікті бірнеше кезеңдерді қамтитын нақты және дәйекті процесс қажет. Дәлелді тәжірибенің ең қарапайым моделі (дәлелді медицина/дәлелді мейіргер ісі) бес қадамды қамтиды (2-сурет). Процестің ең басында мейіргер ісінің өзекті мәселелеріне релевантты клиникалық / зерттеу мәселесін қою қажет. Екінші кезеңде әр түрлі ресурстарда - дерекқорда, журналдарда, білім беру платформаларында негізгі сөздерді қолдана отырып, ақпарат іздеу жүзеге асырылады. Үшінші кезеңде табылған ақпарат көздерін сыни тұрғыдан бағалау, осы материалдарға қаншалықты сенуге болатындығы туралы ойлану және пайдаланушы парағыны (чек-лист) мен өзге құралдар арқылы өткізілген зерттеудің сапасын тексеру қажет. Алынған мәліметтер негізінде маман бірінші кезеңде қойылған сұраққа жауап беру үшін шешім қабылдайды. Бірақ бұл кезеңде процесс аяқталмайды - маман енгізілген

өзгерістердің тиімділігін бағалайды және алынған нәтижелерге қанағаттанбаған жағдайда, бүкіл циклды қайтадан қайталай алады.



2-сурет: Дәлелді тәжірибенің кезеңдері

Қорытынды

Дәлелді мейіргер ісі - бұл дәлелді тәжірибенің бір бөлігі, оның мақсаты - пациенттің күтімін оңтайландыру үшін үздік дәлелдерді қолдану. Дәлелді мейіргерлік тәжірибе қағидаттарын сәтті енгізу үшін келесі шарттар қажет - мейіргерде зерттеушілік және көшбасшылық құзыреттердің болуы, сыни ойлау дағдылары, үздік дәлелді тәжірибелерге сәйкес жұмыс істеуге деген ынта мен уәждеме, сондай-ақ әріптестер мен басшылықтың қолдауы.

Введение в доказательную сестринскую практику

Жулдыз Жетмекова

Магистр наук в области сестринского дела, Преподаватель
НАО «Медицинский университет Семей», Казахстан, zhuldyz.zhetmekova@nao-mus.kz

Лаура Касым

PhD, НАО «Медицинский университет Семей», Республика Казахстан,
laura.kassym@gmail.com

Альмира Ахметова

к.м.н. заведующий кафедрой дерматовенерологии и косметологии
НАО Медицинский Университет Семей, Казахстан, almira.akhmetova@nao-mus.kz

Резюме

Доказательная сестринская практика один из ключевой компетенции медицинской сестры, которая формируется на основе обучения на протяжении всей жизни. Изучение доказательного сестринского дела и навыков внедрения доказательных практик начинается на самых ранних этапах образовательной программы по специальности сестринское дело и находит продолжение на этапе постдипломного обучения. Практикующие медицинские сестры так же нуждаются в постоянном обновлении знаний и навыков доказательной практики. В статье описываются модели и основные категории доказательной практики необходимые для медицинской сестры.
Ключевые слова: *доказательное сестринское дело, доказательная сестринская практика, определения, исследования, модель доказательной практики*

Исследование - еще одна компетенция медицинской сестры. Одним из достижений интеграции казахстанской образовательной системы в Болонский процесс стало внедрение непрерывного высшего образования по схеме «Бакалавр-магистр-PhD». Подобные изменения коснулись также и программ образования сестринского дела, что нашло свое отражение в Комплексном плане развития сестринского дела в Республике Казахстан до 2020 года. По итогам реализации плана модернизация образовательной модели для медицинских сестер должна повысить уровень не только прямых должностных компетенций специалиста, но и существенно улучшить исследовательские навыки работников среднего звена здравоохранения (Комплексный план развития сестринского дела в Республике Казахстан до 2020 года).

Подобного рода системные изменения в имидже и функционале медсестры должны сопровождаться персональным пониманием важности научно-исследовательской компетенции. На уровне обывателя может сложиться ложное мнение о необходимости приобретения навыков исследователя только студентами, которые собираются начать и продолжить свою профессиональную деятельность в академической или научной среде. Однако практикующие специалисты сестринского дела также нуждаются в подобных знаниях и навыках. С одной стороны медсестры внедряют достижения наук о жизни и здоровье в практическую деятельность. С другой стороны, они сами могут формировать запрос для научных работников для проведения исследований по интересующим сферам и вопросам.

Сестринское дело - искусство или наука?

Линда Йодер, президент AMSN (Academy of Medical-Surgical Nursing), определила следующие ключевые параметры профессионализма медицинской сестры - работа в интересах пациента и его семьи, соответствие высоким стандартам знаний и компетентность, соблюдение этических принципов профессии, демонстрация приверженности гуманистическим идеалам и открытости к различным культурам и убеждениям пациентов (Yoder, 2017). Исходя из изложенных параметров «идеальной» медсестры можно сделать заключение о том, что сестринская профессия балансирует между искусством и наукой, предопределяя сочетание личностных характеристик и полученных знаний и навыков. Научный подход в сестринской профессии свидетельствует о существовании систематизации фундаментальных и прикладных знаний, постоянного обзора первичных источников информации, создания и апробации концепций и теорий. В свою очередь, ремесленнический характер сестринского дела ассоциируется с творческой реализацией идей в условиях реальной практики. Именно практикующая медсестра может сделать заключение о применимости теоретических знаний, используя навыки критического мышления. Таким образом, постоянные дебаты о содержании сестринского дела приводят к вопросу профессионализации сестринского дела.

Профессионализация сестринского дела

Интеграция научного и образовательного компонентов в сетку компетенций сестринского дела позволяет значительно повысить уровень профессионализации. Согласно результатам исследования Watkins (2011) получение степени магистра позволяет улучшить такие сферы развития как уверенность в себе, когнитивная функциональность, развитие доказательной практики и повышение профессионализма. Применение принципов доказательного сестринского дела способствует нестандартному мышлению, стратегической и тактической проницательности и эффективному внедрению доказательных практик. Развитие профессионализма ассоциируется с продвижением по карьерной лестнице, повышением профессионального авторитета и статуса, улучшением навыков работы в команде и оттачиванием мастерства в сестринском деле (Watkins, 2011). Таким образом, профессионализация сестринского дела подразумевает постоянное соблюдение принципов доказательной практики и применения критического мышления.

Определение доказательной практики, Доказательное сестринское дело, Отличие от доказательной медицины

Доказательная практика (практика, основанная на доказательствах) это способ оказания услуг в сфере здравоохранения, базирующийся на вдумчивой интеграции лучших доступных научных знаний и клинической экспертизы (Yoder, 2017). На самом деле понятие доказательной практики является многосоставным. Нэнси Спектор описывает следующую концепцию взаимосвязи доказательного регулирования и доказательной практики: доказательная медицина, доказательное сестринское дело и смежные специальности объединены общим «зонтичным» понятием доказательного подхода, который, в свою очередь требует аналогичных - доказательных - паттернов в образовании, практической деятельности и администрировании (рисунок 1) (Spector, 2010).

Эволюционно самым первым понятием в данной концепции стала дефиниция доказательной медицины. Дэвид Саккет дал следующее определение: «Доказательная медицина это добросовестное, четкое и разумное использование новейших лучших доказательств при

принятии решений об уходе за конкретным пациентом» (Sackett, 1997). Из этой трактовки можно вычлениить три основных компонента - научные знания, ожидания пациента и опыт специалиста. Отличительной особенностью доказательной медицины является акцент на применении доказательств при принятии решений относительно диагностических и лечебных процедур, в то время как в дефиниции доказательного сестринского дела на первый план ожидаемо выходят аспекты, связанные с более целостным, холистическим подходом к пациенту. Таким образом, определение доказательного сестринского дела отражает попытку персонализации лучших доказательств для нужд конкретного пациента с целью оказания оптимального ухода в прилагаемых клинических обстоятельствах. Организация Sigma Theta Tau International выделяет другой важный компонент доказательной сестринской практики – ресурсы здравоохранения (www.sigmanursing.org). Ведь даже при желании соблюдать принципы доказательного сестринского дела ограниченные финансовые, административные или инфраструктурные ресурсы могут служить препятствием внедрению наилучших доказательных практик.

Связь между доказательным регулированием и здравоохранению основанному на доказательствах.

Как показано на рисунке доказательное регулирование, практика и обучение находятся под зонтиком здравоохранения основанного на доказательствах.

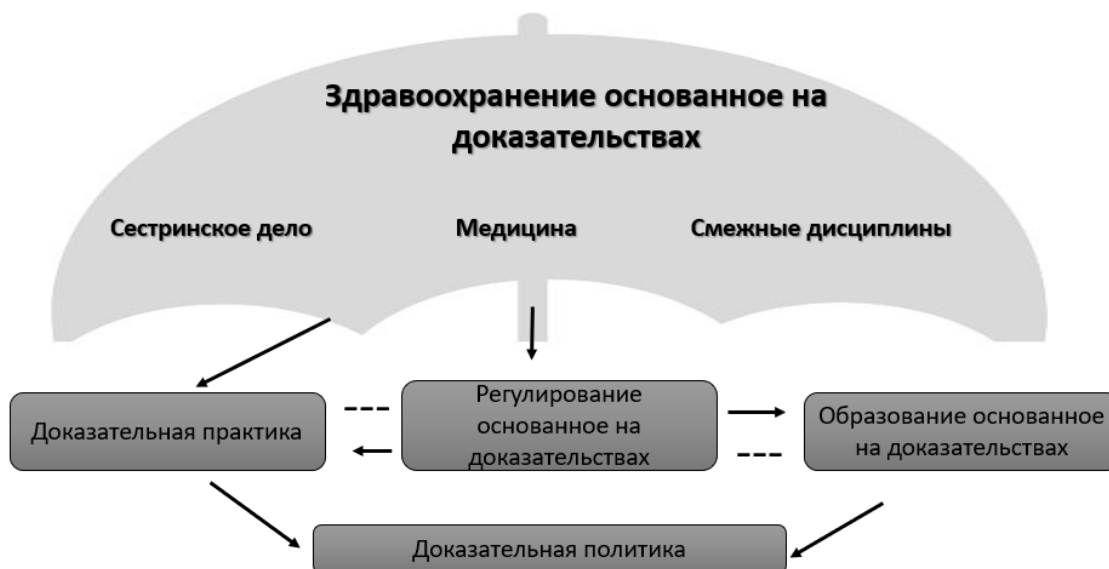


Рисунок 1: Многокомпонентность понятия «Доказательное здравоохранение» (Spector, 2010)

Этапы доказательной сестринской практики

Каким образом можно реализовать принципы доказательного сестринского дела в практике? Каким образом осуществляется трансфер и внедрение полученных научных доказательств в повседневную рутину медицинских сестер? Является ли это процесс циклическим или всегда завершается принятием определенных решений? Для этого необходим ясный и последовательный процесс, включающий несколько понятных этапов для выполнения. Самая простая модель доказательной практики (доказательной медицины/доказательного сестринского дела) включает в себя пять шагов (рисунок 2). В самом начале процесса необходима постановка клинического/исследовательского вопроса, релевантного актуальным проблемам

сестринского дела. На втором этапе осуществляется поиск информации с применением ключевых слов в различных ресурсах - базах данных, журналах, образовательных платформах. На третьем этапе необходимо критически оценить найденные источники информации подумать, насколько этим материалам можно доверять и проверить качество проведенного исследования с помощью чек-листов и иных инструментов. На основе полученных сведений специалист принимает решения для ответа на вопрос, поставленный еще на первом этапе. Но на этом этапе процесс не завершается - специалист оценивает эффективность внедренного вмешательства и при неудовлетворенности полученными результатами может повторить весь цикл заново.



Рисунок 2: Этапы доказательной практики

Заключение

Доказательное сестринское дело — это часть доказательной практики, целью которой, является применение наилучших доказательств для оптимизации ухода за пациентом. Для успешного внедрения принципов доказательной сестринской практики необходимы следующие условия - наличие исследовательской и лидерской компетенций у медсестры, навыки критического мышления, желание и мотивация работать в соответствии с наилучшими доказательными практиками, а также поддержка коллег и руководства.

Introduction to evidence-based nursing practice

Zhuldyz Zhetmekova

MSc (Nursing), Lecturer

Semey Medical University, Kazakhstan, zhuldyz.zhetmekova@nao-mus.kz

Laura Kassym

PhD, Semey Medical University NJSC, Republic of Kazakhstan, laura.kassym@gmail.com

Almira Akhmetova

Cand. M.Sc., Head of Chair of Dermatovenereology and Cosmetology

Semey Medical University NJSC, Republic of Kazakhstan, almira.akhmetova@nao-mus.kz

Abstract

Evidence-based nursing practice is one of the core competencies of a nurse, which is formed through lifelong learning. The study of evidence-based nursing and the skills of implementing evidence-based practices begins at the earliest stages of the educational program in the specialty of nursing and is continued at the stage of postgraduate training. Nursing practitioners also need to constantly update their knowledge and skills in evidence-based practice. The article describes the models and main categories of evidence-based practice required for a nurse.

Keywords: *evidence-based nursing, practice, research, model*

Research is another nurse's competence. One of the achievements of the integration of the Kazakhstani educational system into the Bologna process was the introduction of continuous higher education according to the "Bachelor-Master-PhD" scheme. Such changes also affected nursing education programs, which was reflected in the Comprehensive Plan for the Development of Nursing in the Republic of Kazakhstan until 2020. As a result of the implementation of the plan, the modernization of the educational model for nurses should increase the level of not only the direct official competencies of a specialist, but also significantly improve the research skills of mid-level healthcare workers (Comprehensive plan for the development of nursing in the Republic of Kazakhstan until 2020).

Such systematic changes in the nurse's image and job description must be accompanied by a personal understanding of the importance of research competence. At the layperson level, a false opinion may develop about the need to acquire research skills only by students who are going to start and continue their professional activities in an academic or scientific environment. However, nursing practitioners also need similar knowledge and skills. On one hand, nurses introduce scientific achievements concerning life and health into practice. On the other hand, they themselves can form a request for researchers to conduct research in areas of interest and issues.

Is nursing an art or a science?

Linda Yoder, President of AMSN (Academy of Medical-Surgical Nurses) identified the following key criteria of a nurse's professional competence - working in the interests of the patient and his family, meeting high standards of knowledge and competence, adhering to the ethical principles of the profession, demonstrating adherence to humanistic ideals and openness to different cultures and

beliefs of patients (Yoder, 2017). Based on the outlined parameters of the “ideal” nurse, it can be concluded that the nursing profession balances between art and science, predetermining the combination of personal characteristics and acquired knowledge and skills. The scientific approach in the nursing profession certifies of the existence of a systematization of fundamental and applied knowledge, a constant review of primary sources of information, the creation and testing of concepts and theories. In turn, the handicraft nature of nursing is associated with the creative implementation of ideas in real practice. It is the nurse practitioner who can draw conclusions about the applicability of theoretical knowledge using critical thinking skills. Thus, the constant debate about the content of nursing leads to the question of the professionalization of nursing.

Nursing professionalization

Integration of scientific and educational components into the network of nursing competencies can significantly increase the level of professionalization. According to a study by Watkins (2011), earning a master's degree improves developmental areas such as self-confidence, cognitive functionality, evidence-based practice, and professionalism. Applying evidence-based nursing principles fosters out-of-the-box thinking, strategic and tactical insight, and effective implementation of evidence-based practices. Developing professionalism is associated with career advancement, increased professional authority and status, improved teamwork skills, and honed nursing excellence (Watkins, 2011). Thus, professionalization of nursing implies constant adherence to the principles of evidence-based practice and the application of critical thinking.

Definition of evidence-based practice, evidence-based nursing, difference from evidence-based medicine

Evidence-based practice (practice based on the evidences) is a way of delivering health care services based on the thoughtful integration of the best available scientific knowledge and clinical expertise (Yoder, 2017). In fact, the concept of evidence-based practice is multifaceted. Nancy Spector describes the following concept of the relationship between evidence-based regulation and evidence-based practice: evidence-based medicine, evidence-based nursing and adjacent specialties are combined with a common umbrella-type notion of evidence-based approach which in turn requires similar evidence-based patterns in education, practical activities and administration (figure 1) (Spector, 2010).

Evolutionarily, the very first concept was the definition of evidence-based medicine. David Sackett has defined: “Evidence-based medicine is the conscientious, clear and judicious use of the latest best evidence in making decisions about the care of an individual patient” (Sackett, 1997). Three main components can be distinguished from this interpretation - scientific knowledge, patient’s expectations and professional’s experience. A distinctive feature of evidence-based medicine is the emphasis on the application of evidence in making decisions about diagnostic and treatment procedures, while in the definition of evidence-based nursing, aspects associated with a more coherent and holistic approach to the patient are expected to come to the fore. Thus, the definition of evidence-based nursing reflects an attempt to personalize the best evidence for the needs of a particular patient in order to provide optimal care in the applied clinical circumstances. Sigma Theta Tau International highlights another important component of evidence-based nursing practice - health resources (www.sigmanursing.org). Even if one wishes to adhere to the principles of evidence-based nursing, limited financial, administrative or infrastructural resources can hinder the implementation of the best evidence-based practice.

Relationship of Evidence-Based Regulation to Evidence-Based Health Care

As this figure shows, evidence-based regulation, practice, and education fall under the umbrella of evidence-based health care.

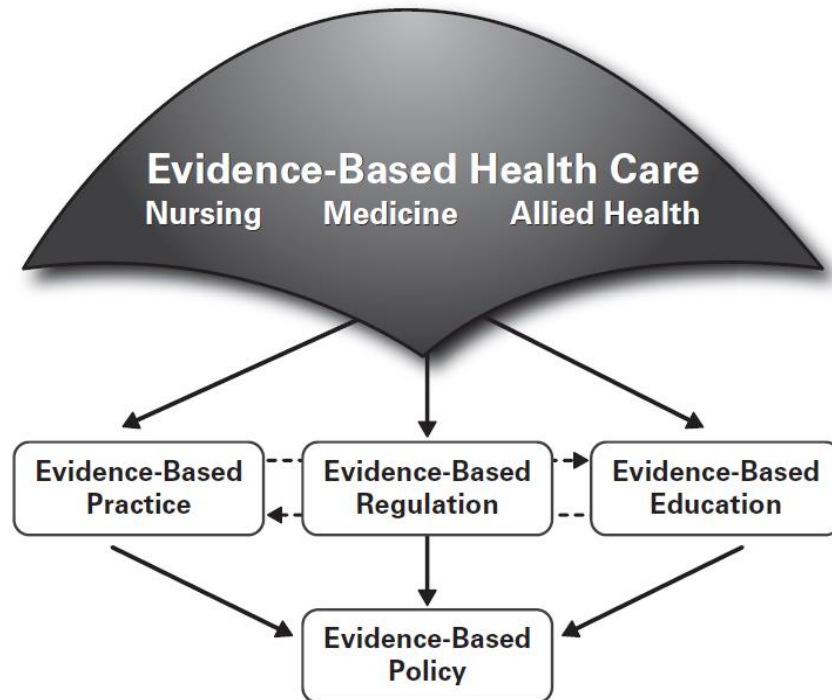


Figure 1: Complexity of the notion “Evidence-based healthcare” (Spector, 2010)

Evidence-based nursing practice steps

How can the principles of evidence-based nursing be translated into practice? How is scientific evidence transferred and incorporated into the daily routine of nurses? Is this a cyclical process or does it always end with certain decisions? This requires a clear and consistent process with several understandable steps to follow. The simplest model of evidence-based practice (evidence-based medicine / evidence-based nursing) involves five steps (Figure 2). At the very beginning of the process, it is necessary to formulate a clinical / research question that is relevant to current problems of nursing. At the second stage, information is searched using keywords in various resources - databases, magazines, educational platforms. At the third stage, it is necessary to critically evaluate the found sources of information, to think about how much these materials can be trusted and to check the quality of the research carried out using checklists and other tools. Based on the information received, the professional makes decisions to answer the question posed at the first stage. However, this is not the end of the process – the professional evaluates the effectiveness of the implemented intervention and, if dissatisfied with the results obtained, he can repeat the whole cycle again.

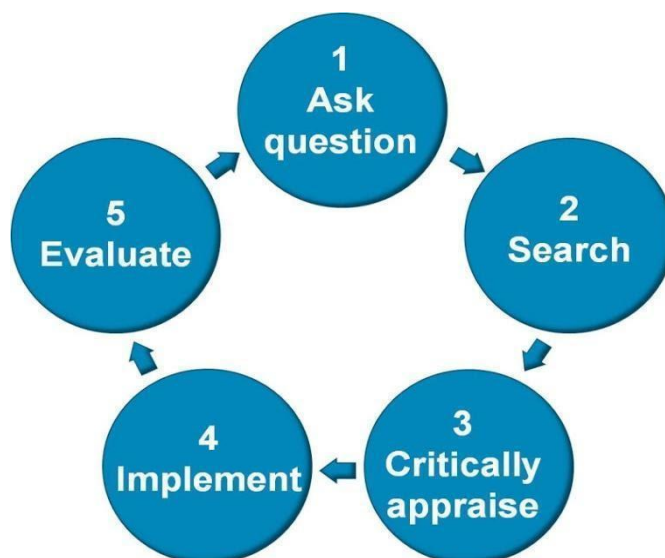


Figure 2: Stages of the evidence-based practice

Conclusion

Evidence-based nursing is part of evidence-based practice that aims to apply the best evidence to optimize patient care. Successful implementation of the principles of evidence-based nursing practice requires the following conditions - the presence of research and leadership competencies in a nurse, critical thinking skills, the desire and motivation to work in accordance with the best evidence-based practice, as well as the support of colleagues and management.

Literature

- Комплексный план развития сестринского дела в Республике Казахстан до 2020 года. Доступно на https://online.zakon.kz/Document/?doc_id=39860292 [Доступно: 11 ноября 2020].
- Spector N., 2010. Evidence-Based Nursing Regulation: A Challenge for Regulators. *Journal of Nursing Regulation*, 1, pp. 30-36.
- Sackett, D.L. 1997. Evidence-based medicine. *Semin Perinatol*, 21(1), pp. 3-5.
- Yoder, L., 2017. Professionalism in Nursing. *MEDSURG Nursing*, 26(5), pp. 293–294.
- Watkins, D., 2011. The influence of Masters education on the professional lives of British and German nurses and the further professionalization of nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 67 (12), pp. 2605–2614.
- MeSH definition of «evidence-based practice». Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/68055317> [Accessed: 11 November 2020].
- Evidence-Based Nursing Position Statement. Available at: <https://www.sigmanursing.org/why-sigma/about-sigma/position-statements-and-resource-papers/evidence-based-nursing-position-statement> [Accessed: 12 November 2020].

Қазақстандық жоғары оқу орындарында дәлелдерге негізделген клиникалық тәжірибені енгізу

Матей Бахун

Мейіргер ісі саласындағы ғылым магистрі, ғылым бакалавры, мейіргер, аға оқытушы
Анжела Бошкин атындағы денсаулық сақтау факультеті, Словения, mbahun@fzab.si

Жұлдыз Жетмекова

Мейіргер ісі саласындағы ғылым магистрі, оқытушы
КЕАҚ “Семей медицина университеті”, Қазақстан, zhuldyz.zhetmekova@nao-mus.kz

Түйіндеме

Дәлелдерге негізделген клиникалық тәжірибені енгізудің өзі қиын, өйткені медициналық көмек, зерттеулер мен білім беру жүйелерін ғылыми негіздеуге бағытталған стратегиялар қажет. Дәлелдерге негізделген клиникалық тәжірибенің институционалдық мәдениетін дамыту практикадағы тиімді өзгерістерді қолдау үшін қажет. Негізгі стратегиялардың бірі білім беру қоғамдастықтары тәжірибенің дәлелдерге негізделген нысандарын кәсіптік білім берудің оқу бағдарламаларына біріктіруі керек дейді. Мақалада дәлелдерге негізделген клиникалық тәжірибені енгізу кезінде университеттер басшылыққа алатын бірнеше қадамдар мен құралдар сипатталған.

Түйін сөздер: мейіргерлік білім беру, дәлелдерге негізделген клиникалық тәжірибе, енгізу, Қазақстан

Кіріспе

Дәлелдерге негізделген клиникалық тәжірибе (Дәлелге негізделген клиникалық тәжірибе) – бұл пациенттерге күтім жасау туралы шешімдер қабылдау кезінде қол жетімді ең жақсы ғылыми деректерді келістіре пайдалану болып табылады және бүгінгі таңда медициналық көмектің жоғары сапасын қамтамасыз етудің және пациенттер үшін ең жақсы нәтижелерді қамтамасыз етудің кілті ретінде кеңінен танылған (Mazurek Melnyk & Fineout-Overholt, 2011). Бұл медицина қызметкерлеріне клиникалық тәжірибемен және пациенттердің ерекше құндылықтарымен және қалауларымен бірге шешім қабылдауға көмектесетін тәсіл (Straus, 2018). Дәлелге негізделген клиникалық тәжірибе -нің сәтті оқу бағдарламасын құрудың алғашқы қадамы-ресурстарды бөлу және Дәлелге негізделген клиникалық тәжірибе-ні қолдау үшін ағымдағы ресурстар туралы негізгі мәселелерді анықтау. Дәлелге негізделген клиникалық тәжірибе оқыту үшін ортаның қолжетімділігін бағалауға арналған сұрақтар келесідей (Fineout-Overholt, 2006, cited in Fineout-Overholt, et al., 2011): Дәлелге негізделген клиникалық тәжірибе мекеменің ережелері мен миссиясын қолдай ма? Дәлелге негізделген клиникалық тәжірибе-нің жеке міндеттемесі және дәріскерлер (оқытушылар) мен әкімшілік арасындағы озық тәжірибе дегеніміз не? Дәлелге негізделген клиникалық тәжірибе саласында білімі мен дағдылары бар оқытушылар бар ма? Барлық оқытушыларда қажетті компьютерлік дағдылар мен тиісті дәлелдерді табу үшін мәліметтер базасын пайдалану дағдылары бар ма? Дәлелге негізделген клиникалық тәжірибе-нің білім беру мақсаттары немесе оқу бағдарламасы шеңберіндегі мақсаттары қандай? Университеттің үздік сарапшылары ресурстарды қолдау болмаса, Дәлелге негізделген клиникалық тәжірибе-ні оқытуда жетістікке жете алмайды. Дәлелге негізделген клиникалық тәжірибе-ге дайындық жеке және ұйымдастырушылық дайындықты қамтиды.

Алғышарттар Дәлелге негізделген клиникалық тәжірибе қажеттілігін тану мүмкіндігін, Дәлелге негізделген клиникалық тәжірибе -ге қол жеткізу және түсіндіру мүмкіндігін, сондай-ақ қолайлы ортаны қамтиды (Schaefer & Welton, 2018).

Кадрлық әлеует

Біріншіден, оқытушылар Дәлелге негізделген клиникалық тәжірибе - де біліктілікке ие болуы керек. Егер олардың клиникалық ортамен жақсы байланысы болса, олар мысалдар келтіре алады; дәрістерді "практикалық" етіп өтеді және күнделікті мейіргерлік практикада үйрететін Дәлелге негізделген клиникалық тәжірибе енгізуге көмектеседі. Осылайша, олар студенттерге өздерінің клиникалық тәжірибесінде сыни ойлауды жүзеге асыруға көмектеседі. Сонымен қатар кітапханашылар да маңызды рөл атқарады, олар ең сенімді дәлелдерді табуға, мәліметтер базасын пайдалануға және қызмет көрсетуге, оқытушылар мен студенттердің ақпараттық сауаттылығын арттыруға көмектеседі. Егер барлық оқытушылар Дәлелге негізделген клиникалық тәжірибе-да жақсы оқытылмаса, тәлімгердің Дәлелге негізделген клиникалық тәжірибе-ні тартуы пайдалы-оның жұмысы оқытушылардың жеке тәлімгерлігі, оларға жергілікті жерде Дәлелге негізделген клиникалық тәжірибе-ні қалай оқыту керектігі туралы көмек көрсету болып табылады. Дәріскерлер (оқытушылар) мен тәлімгерлер берік байланыс орнатып, кездесулер мен сыни ойлау сессиялары арқылы бір-біріне тәжірибе жинауға көмектеседі (Fineout-Overholt, et al., 2011).

Техникалық ресурстар

Қазіргі уақытта оқытушылар мен студенттерге қол жетімді заманауи технологиялар мен білім, мүмкіндігінше көп техникалық ресурстарды пайдалануды ынталандыру (қолдау) қажет. Модельдеу технологиясы нақты клиникалық жағдайларда Дәлелге негізделген клиникалық тәжірибе мәліметтеріне негізделген пациенттерге көмек көрсетудің нақты сценарийлерін қолдана отырып, бірлесіп оқытуға ықпал етеді. Студенттер пациентке зиян келтіруден қорықпай, күтім жасап, жаттығулар жасай алады. Мобильді құрылғыларды күнтізбе, істер тізімі, мекенжай кітабы, блокнот, калькулятор (мысалы, педиатриялық дәрі-дәрмектердің дозалары) және дерекқорға қол жетімділік ретінде пайдалануға болады (мысалы, дәрі-дәрмектердің жанама әсерлері, әртүрлі оқиғалар немесе қажетті мәліметтер жағдайында ұсынылған шаралар туралы білу, шешім қабылдау). Құрылғыларды оқу сыныптарында да, медициналық мекемелерде де қолдануға болады. Оқытушылар технологиялық курстарды оқу жоспарына қосып, болашақ денсаулық сақтау мамандарына әлеуметтік желілер сайттары, аудио және бейнеконференцбайланыс немесе клиникалық шешімдерді қабылдауды қолдау жүйелері, пациенттер құжаттамасының электрондық дерекқорлары және т. б. сияқты технологияларды пайдалануға білім мен сенімділік беруі тиіс. (Fineout-Overholt, et al., 2011; Chipps, et al., 2020).

Дәлелге негізделген клиникалық тәжірибе-нің оқу бағдарламаларына кірігу стратегиясы күрделіленбеуі тиіс. Кез-келген оқу бағдарламасында және әр пән бойынша оқытушы **Дәлелге негізделген клиникалық тәжірибе көрсететін тілді** қолдана алады. Оқытушылар Дәлелге негізделген клиникалық тәжірибе парадигмасына және оны курстың құжаттамасына енгізуге және дәріс оқуға баса назар аудара алады. Мысал: "пациенттерді емдеу нәтижелерін жақсарту" үшін "дәлелдеу" сөзін "дәлелдемелер" немесе "пациенттерге күтім жасауды жақсарту" деп өзгерту. Мұндай кішкентай қадамдар Дәлелге негізделген клиникалық тәжірибе парадигмасын көрсетеді және студенттер мен оқытушылар "Дәлелге негізделген клиникалық тәжірибе туралы сөйлеседі" (Fineout-Overholt, et al., 2011). Осылайша, дәстүрлі практикаға негізделген

хаттамалардан клиникалық практикадағы "үздік ғылыми дәлелдерге" негізделген хаттамаларға парадигманың ауысуы қолдау табады. Әр хаттама үшін "ең жақсы зерттеу деректері" алынуы керек (Hallas & Mazurek Melnyk, 2003).

Дәлелге негізделген клиникалық тәжірибе процесінің барлық кезеңдерін қолданыңыз: клиникалық мәселені қою, дәлелдемелерді іздеу, сыни бағалау, клиникалық шешім қабылдау. **Курстың тапсырмаларын** қайта қарап, оларды **Дәлелге негізделген клиникалық тәжірибе-ні** көрсету үшін қайта құрастырыңыз.

Мысалдар:

Жазбаша тапсырма үшін PICOT сұрақтарын жасаңыз.

(ескертпе: PICOT - Population/Patient Problem - Халық / Пациент мәселесі, Intervention - Араласу, Comparison - Салыстыру, Outcome - Нәтиже, Time - Уақыт)

Топтар PICOT мәселелері бойынша пікір алмасады және береді.

Сұрақтардың екі түрін іздеңіз және стратегияларды немесе нәтижелерді іздеңіз.

Топ өз пікірлерімен бөлісіп, әріптестеріне өз пікірлерін айтады.

Клиникалық мәселе бойынша дәлелдер табу туралы құжат дайындаңыз.

Сандық зерттеуге тез сыни баға беріңіз.

Ұсынылған өзгерістер туралы құжатты іс жүзінде дайындау.

Дәлелге негізделген клиникалық тәжірибе-нің академиялық ортада білім алу стратегиясы

- Дәлелге негізделген клиникалық тәжірибе барлық курстарға біріктірілуі тиіс, Дәлелге негізделген клиникалық тәжірибе оқыту мәдениеті мен оқу ортасының бөлігі ретінде жалпы оқу бағдарламасына "кірістірілуі" тиіс;
- Интерактивті оқытуды қолдану (тақырыптық зерттеулер, топтық жұмыс, рөлдік ойындар, практикалық оқыту);
- Шағын топтардағы семинарлар;
- Журнал клубтары-барлық адамдар қатысатын белсенді топтық талқылау: мақалалар, кітап бөліктері, тәжірибе, клиникалық жағдайлар... студенттерге клиникалық тәжірибе мен пациенттердің қалауын шешім қабылдау процесіне қалай біріктіруге болатындығын түсінуге көмектесу;
- Нақты мерзімдерді белгілеңіз-мақсаттар мен мерзімдерді нақты көрсетіңіз;
- Оқу жоспарын бастамас бұрын қатысушылардың шеберлік деңгейін мұқият бағалаңыз;
- Білім берудің мағынасы бар екеніне көз жеткізіңіз – мазмұны, параметрлері, форматы және әдістері студенттер үшін маңызды болуы керек.

Оқушылардың Дәлелге негізделген клиникалық тәжірибе туралы білімдерін басқалармен бөлісу, Дәлелге негізделген клиникалық тәжірибе туралы өз білімдерін дамыту, өмір бойы оқуға деген ынтасын арттыру үшін оқу мен өсуді ынталандыру (Fineout-Overholt, et al., 2011; Horntvedt, et al., 2018).

Білім деңгейі Дәлелге негізделген клиникалық тәжірибе идеяларымен және оны жүзеге асырумен тығыз байланысты, бұл университеттік білім осы тәжірибені түсінуді арттырады және Дәлелге негізделген клиникалық тәжірибе -ні клиникалық тәжірибеде де қолдануға деген ұмтылысты тудырады (Melnyk, 2008b, Profetto – McGrath, 2005). Көптеген факультеттер Дәлелге негізделген клиникалық тәжірибе -ні оқытуды қолдайтынына қарамастан, Дәлелге негізделген клиникалық тәжірибе жоғары лауазымға қойылатын талаптарға немесе дағдылар мен білімнің болмауына байланысты оқу жоспарларына кірмейді, ал қазіргі тәжірибе зерттеу әдіснамасын оқытуға бағытталған (Melnyk, et al., 2008a, Stichler, 2011).

Қорытынды

Мейіргерлік студенттерді оқытуда Дәлелге негізделген клиникалық тәжірибе қолдану олардың болашақ клиникалық практикасы үшін өте маңызды. Мейіргер-студенттерге арналған білім беру іс-шаралары ұзақтығына, қолданылатын әдістерге, сондай-ақ тәсілдің қарапайым немесе аралас болуына байланысты өзгереді. Дәлелге негізделген клиникалық тәжірибе араласуының білім беру бағдарламаларының әртектілігіне қарамастан, Дәлелге негізделген клиникалық тәжірибенің білім беру тәсілдері білімді, дағдыларды және құзыреттілікті арттырады, сонымен қатар мейіргер студенттерінің сенімдерін, көзқарастарын және мінез-құлқын жақсартып алады деп айтуға болады. Бұл негізгі кәсіби базаның университеттік білім беру бағдарламаларынан алынуы өте маңызды, өйткені мұның бәрін күнделікті тәжірибеде қолдану клиникалық нәтижені едәуір жақсартып алады (Patelargou, et al., 2020). Алайда клиникалық тәжірибеге өзгерістерді енгізу әлі де дамудың бастапқы сатысында тұр. Іске асырылғаннан кейін "ең жақсы зерттеу дәлелдері" туралы әдеби дәлелдер клиенттер үшін күтілетін нәтижелер беретініне көз жеткізу үшін нәтижелерді зерттеуді аяқтау қажет. Бұл Дәлелге негізделген клиникалық тәжірибе-ні тәжірибелі мейіргерлер жүзеге асыру үшін жалықтыратын, бірақ қажетті процесс болып табылады (Hallas & Mazurek Melnyk, 2003). Себебі, Mazurek Melnyk (2005) мәлімдегендей, ақпараттың жиі кездесетін көзі-әріптестер; "ғылыми негізделген клиникалық тәжірибе" терминімен нашар танысу; клиникалық тәжірибеде мейіргерлер үшін электронды мәліметтер базасын пайдалану туралы нұсқаулық жоқ; және уақыттан басқа, ақпаратты практикада қолдануға ең үлкен жеке кедергі "зерттеу құндылығының болмауы" болды. **Сонымен, тек жақсы клиникалық Дәлелге негізделген клиникалық тәжірибе интеграциясы студенттердің Дәлелге негізделген клиникалық тәжірибеге қатысты дағдыларын, көзқарасы мен мінез-құлқын жақсартатынын ұмытпаңыз. Сондықтан Дәлелге негізделген клиникалық тәжірибе саласындағы академиялық және клиникалық ортаны байланыстыру өте маңызды.**

Мұны қалай жасауға болады:

- Мүшелері академиялық орта мейіргерлері және клиникалық орта мейіргерлері болып табылатын мейіргерлер тобын құрыңыз, олар тиісті дәлелдер табу үшін бірге жұмыс істейді немесе жаңа білімнің өзара пайдасы үшін зерттеулер жүргізеді;
- Зерттеу бағыты клиникалық мейіргерлік тәжірибені жақсарту және теория мен тәжірибе арасындағы алшақтықты азайту үшін клиникалық ортаның қажеттіліктеріне негізделген. Зерттеу, білім беру және клиникалық тәжірибені бөлу проблема болып табылады (Aglep, 2016). Клиникалық ортада студенттер өздерінің клиникалық тәжірибесінде зерттеулерді белсенді және ашық түрде қолданатын мейіргерлермен кездеспейді, сонымен қатар клиникалық мейіргерлер арасында зерттеушілер мен оқытушылармен кездеспейді (Ireland, et al. 2006). Студенттер өздерін зерттеушілермен немесе дәріскерлермен (оқытушылармен) емес, "нақты" клиникалық мейіргерлермен анықтағысы келеді. Содан кейін студенттер зерттеуді мейіргерлік практиканы оқып-үйренудегі басты мақсаттан ауытқу ретінде қарастыруға бейім. (Meeker, et al., 2008).
- Мейірбике ісінде қолданылатын клиникалық стандарттар мен процедуралар клиникалық және академиялық мекемелердегі мейіргерлер арасындағы ынтымақтастықта қалыптасады.
- Факультет оқытушылары клиникалық жағдайда үлкен тәжірибеге ие және өздерінің клиникалық білімдерін Дәлелге негізделген клиникалық тәжірибе -ні оқытуды қолдау үшін пайдаланады.
- Диплом алуға немесе магистрлік диссертацияны қорғауға дайындалып жатқан студенттер клиникалық проблемадан бастайды және зерттеу жұмысының осы түрін қолдайтын және тіпті

клиникалық дилеммаларды зерттеуді ұсынатын клиникалық жағдайларда зерттеулер жүргізеді.

- Факультет оқытушылары студенттерге озық тәжірибелерімен және жаңа білімдерімен бөлісу үшін тәлімгер ретінде клиникалық ортаға жіберіледі.
- Оқу уақытының көп бөлігі білім берудің барлық деңгейлеріндегі (бакалавр, магистр және докторантура) мейіргерлік іс бойынша дәлелді тәжірибе саласындағы курстарға, сондай-ақ барлық кәсіби курстарға бағытталған.
- Клиникалық жағдайда жұмыс істейтін студенттерге арналған клиникалық тәлімгерлер факультетке Дәлелге негізделген клиникалық тәжірибе-ге бағытталған модельденген ортада тәжірибелік процедураларды үйрету және үйрену үшін келеді.
- Жалпы журнал клубтары – академиялық және клиникалық ортадағы мейіргерлер.
- Білім беру кездесулерін жыл сайын бірлесіп ұйымдастыру (негізгі тақырыбы – мейіргер ісі және Дәлелге негізделген клиникалық тәжірибе сапасы).

Негізгі сәттер

- Дәлелге негізделген клиникалық тәжірибе-ні университеттің барлық салалары мен жұмыс істеуінің барлық деңгейлері үшін оқыту қағидаттарына енгізу.
- Әр пән бойынша оқу бағдарламаларына мейіргерлік дәлелге негізделген клиникалық тәжірибе элементтерін енгізу (Мейіргерлік дәлелге негізделген клиникалық тәжірибе).
- Мейіргерлік ғылыми-негізделген клиникалық тәжірибе бойынша оқытушыларды үнемі оқыту.
- Оқытушылар, студенттер, сондай-ақ клиникалық ортадағы мейіргерлер (клиникалық жағдайдағы тәлімгерлер) үшін мәліметтер базасына қол жеткізуді қамтамасыз ету.
- Клиникалық ортадан мейіргерлер үшін университет кітапханаларының қол жетімділігін қамтамасыз ету.
- Мекемеде мейіргерлік дәлелге негізделген клиникалық тәжірибе чемпиондарын (промоуторларын) тағайындау.
- Студенттерге семинарлар, кішігірім зерттеулер, клиникалық жағдайда дәлелдемелер ұсыну түрінде дәлелдер табуға тапсырма беріңіз.
- Клиникалық ортамен шынымен жақсы кәсіби байланыстарға ие болыңыз.

Внедрение доказательной клинической практики в Казахстанских ВУЗах

Матей Бахун

Магистр наук в области сестринского дела, бакалавр наук, медсестра, старший преподаватель

Факультет здравоохранения им. Анжелы Бошкин, Словения, mbahun@fzab.si

Жулдыз Жетмекова

Магистр наук в области сестринского дела, Преподаватель

НАО “Медицинский университет Семей”, Казахстан, zhuldyz.zhetmekova@nao-mus.kz

Резюме

Внедрение доказательной клинической практики сложно само по себе, т.к. необходимы стратегии, направленные на то, чтобы системы медицинской помощи, исследований и образования были научно обоснованы. Развитие институциональной культуры доказательной клинической практики необходимо для поддержки эффективных изменений на практике. Одна из основных стратегий гласит, что образовательные сообщества должны интегрировать научно обоснованные формы практики в учебные программы профессионального образования. В статье были описаны несколько шагов и инструментов, которыми могут руководствоваться университеты при внедрении доказательной клинической практики.

Ключевые слова: *сестринское образование, доказательная клиническая практика, внедрение, Казахстан*

Введение

Доказательная клиническая практика (ДКП) – это добросовестное использование лучших имеющихся на сегодняшний день научных данных при принятии решений об уходе за пациентами, которая широко признана ключом к обеспечению высочайшего качества медицинской помощи и обеспечению наилучших результатов для пациентов (Mazurek Melnyk & Fineout-Overholt, 2011). Это подход, который помогает медицинским работникам принимать решения в сочетании доказательств с клиническим опытом и уникальными ценностями и предпочтениями пациентов (Straus, 2018). Первый шаг в создании успешной учебной программы доказательной клинической практики заключается в выделении ресурсов и определении основных вопросов о текущих ресурсах для поддержки доказательной клинической практики. Вопросы для оценки доступности среды для обучения доказательной клинической практики следующие (Fineout-Overholt, 2006): Поддерживает ли доказательная клиническая практика правила и миссию учреждения? В чем заключается личная приверженность доказательной клинической практики и практика передового опыта между лекторами (преподавателями) и администрацией? Есть ли преподаватели, обладающие знаниями и навыками в области доказательной клинической практики? Обладают ли все преподаватели необходимыми компьютерными навыками и навыками для использования баз данных для поиска соответствующих доказательств? Имеется ли такая база у всех студентов? Каковы назначения доказательной клинической практики в рамках образовательных целей или учебной программы? Лучшие университетские эксперты не могут добиться успеха в обучении доказательной клинической практики, если нет поддержки ресурсов. Готовность к

доказательной клинической практике включает личную и организационную готовность. Предпосылки включают способность распознавать потребность в доказательной клинической практике, способность получать доступ и интерпретировать доказательную клиническую практику, а также благоприятную среду (Schaefer & Welton, 2018).

Кадровый потенциал

Во-первых, преподаватели должны иметь квалификацию в доказательной клинической практике. Если у них есть хорошая связь с клинической средой, они могут привести примеры; делают лекции «практическими» и помогают внедрять доказательную клиническую практику, которой они обучают, в повседневной сестринской практике. Таким образом они также могут помочь студентам реализовать критическое мышление в своей клинической практике. Важное значение имеют также библиотекари, которые могут помочь найти наиболее достоверные доказательства, помочь с использованием и обслуживанием баз данных и повысить информационную грамотность преподавателей и студентов. Если не все преподаватели хорошо обучены доказательной клинической практике, привлечение наставника по доказательной клинической практике полезно – работа наставника заключается в индивидуальном наставничестве преподавателей, оказании им помощи на местах в том, как преподавать доказательную клиническую практику. Лекторы (преподаватели) и наставники могут создать прочную связь и помогать друг другу расти в опыте посредством встреч и сессий критического мышления (Fineout-Overholt, et al., 2011).

Технические ресурсы

В наше время современных технологий и знаний, легко доступных преподавателям и студентам, необходимо поощрять (и поддерживать) использование как можно большего количества технических ресурсов. Технология моделирования способствует совместному обучению с использованием реалистичных сценариев оказания помощи пациентам, основанных на НОК данных, в реальных клинических ситуациях. Студенты могут выполнять уход и тренироваться, не опасаясь причинить вред пациенту. Мобильные устройства можно использовать в качестве календаря, списка дел, адресной книги, блокнота, калькулятора (например, дозировки педиатрических лекарств) и доступа к базам данных (например, узнавать о побочных эффектах лекарств, рекомендуемых мерах в случае различных событий или необходимых данных, принимать решения). Устройства можно использовать как в учебных классах, так и в медицинских учреждениях. Преподаватели должны включить курсы технологий в учебный план и дать будущим специалистам здравоохранения знания и уверенность в использовании технологий, таких как: сайты социальных сетей, аудио- и видеоконференцсвязи или систем поддержки принятия клинических решений, электронных баз данных документации пациентов и т.д. Все это необходимо делать с помощью научного обоснования, доступного для поддержки решения в пункте оказания медицинской помощи (Fineout-Overholt, et al., 2011; Chipps, et al., 2020).

Стратегии интеграции ДКП в учебные программы не должны усложняться. В любой учебной программе и по каждому предмету преподаватель может **реализовать язык, отражающий** доказательную клиническую практику. Преподаватели могут сосредоточиться на парадигме доказательной клинической практики и ее воплощении в документации курса и чтении лекций. Пример: изменение слова «обоснование» на «доказательства» или «улучшение ухода за пациентами» для «улучшения результатов лечения пациентов». Такие маленькие шаги отражают

парадигму доказательной клинической практики, и студенты и преподаватели будут «говорить о доказательной клинической практике» (Fineout-Overholt, et al., 2011). Таким образом, будет поддерживаться сдвиг парадигмы с протоколов, основанных на традиционной практике, на протоколы, основанные на «лучших научных доказательствах» в клинической практике. Для каждого протокола должны быть получены «наилучшие исследовательские данные» (Hallas & Mazurek Melnyk, 2003).

Используйте все этапы процесса доказательной клинической практики: постановка клинического вопроса, поиск доказательств, критическая оценка, принятие клинического решения.

Пересмотрите **задания курса** и переформулируйте их, чтобы **отразить** доказательную клиническую практику

Примеры:

- Создайте вопросы PICOT (ПИКОТ) для письменного задания. (*прим.: PICOT - Population/ Patient Problem - Население / Проблема пациента, Intervention - Вмешательство, Comparison - Сравнение, Outcome - Результат, Time - Время*)
- Группы обмениваются и дают отзывы по вопросам ПИКОТ.
- Выполните поиск по двум типам вопросов и последующий поиск стратегий или результатов.
- Группа делится мнениями и дает отзывы коллегам.
- Подготовьте документ о поиске доказательств по клиническому вопросу.
- Проведите быструю критическую оценку количественного исследования.
- Подготовить документ о предлагаемых изменениях на практике.

Стратегии обучения доказательной клинической практике в академической среде

- ДКП должна быть интегрирована во все курсы, ДКП должна быть "вплетена" в общую учебную программу как часть культуры преподавания и учебной среды;
- Использование интерактивного обучения (тематические исследования, групповая работа, ролевые игры, практическое обучение);
- Семинары в малых группах;
- Журнальные клубы – активное групповое обсуждение, в котором участвуют все вовлеченные люди: с использованием статей, частей книг, опыта, клинических случаев ... чтобы помочь студентам понять, как интегрировать клинический опыт и предпочтения пациентов в процесс принятия решений;
- Установите четкие сроки – четко укажите цели и сроки;
- Тщательно оцените уровень навыков участников перед началом учебной программы;
- Убедитесь, что образование имеет смысл – содержание, настройки, формат и методы должны быть значимыми для учащихся.

Способствовать обучению и росту, чтобы учащиеся могли делиться своими знаниями о доказательной клинической практике с другими, развивать собственные знания о доказательной клинической практике, мотивацию к обучению на протяжении всей жизни (Fineout-Overholt, et al., 2011; Horntvedt, et al., 2018).

Уровень образования сильно связан с представлениями о доказательной клинической практике и ее реализацией, что указывает на то, что университетское образование увеличивает понимание этой практики и вызывает желание использовать доказательную клиническую практику также в клинической практике (Melnyk, 2008b, Profetto – McGrath, 2005). Несмотря на то, что

большинство факультетов поддерживают обучение доказательной клинической практике, доказательная клиническая практика не включена в их учебные планы из-за высоких требований к должности или отсутствия навыков и знаний, а текущая практика сосредоточена на преподавании методологии исследования (Melnyk, et al., 2008a, Stichler, 2011).

Заключение

Использование доказательной клинической практики в обучении студентов сестринского дела имеет первостепенное значение для их будущей клинической практики. Образовательные мероприятия, которые существуют для студентов-медсестер, различаются в зависимости от продолжительности, используемых методов, а также от того, является ли подход простым или комбинированным. Несмотря на неоднородность образовательных программ доказательной клинической практики, можно сказать, что образовательные подходы доказательной клинической практики могут повысить знания, навыки и компетенцию, а также улучшить убеждения, отношения и поведение студентов сестринского дела. Очень важно, чтобы эта базовая профессиональная основа была получена из университетских образовательных программ, поскольку воплощение всего этого в повседневной практике может значительно улучшить клинический результат (Patelaru, et al., 2020). Однако внедрение изменений в клиническую практику все еще находится на начальной стадии развития. После внедрения необходимо завершить исследования результатов, чтобы убедиться, что литературные данные о «лучших исследовательских доказательствах» действительно дают ожидаемые результаты для клиентов. Это утомительная, но необходимая часть процесса, необходимого для внедрения доказательной клинической практики практикующими медсестрами (Hallas & Mazurek Melnyk, 2003). Потому что, как утверждает Mazurek Melnyk (2005), наиболее частым источником информации по-прежнему являются коллеги; плохое знакомство с термином «доказательная клиническая практика»; отсутствует инструкция по использованию электронных баз данных для медсестер в клинической практике; и, помимо времени, самым большим личным препятствием для использования информации на практике было «отсутствие ценности исследований». **Таким образом, не забывайте, что только хорошая клиническая интеграция доказательная клиническая практика улучшит навыки, отношение и поведение студентов по отношению к доказательной клинической практике. Поэтому очень важно связать академическую и клиническую среду в сфере доказательной клинической практики.**

Как это можно сделать:

- Создать группу медсестер-исследователей, членами которой являются медсестры из академических кругов и медсестры из клинической среды, которые вместе работают над поиском соответствующих доказательств или проводят исследования для взаимной выгоды новых знаний;
- Направление исследований формируется исходя из потребностей клинической среды, чтобы улучшить клиническую сестринскую практику и минимизировать разрыв между теорией и практикой. Разделение исследований, образования и клинической практики представляет собой проблему (Aglén, 2016). В клинической среде студенты почти не сталкиваются с медсестрами, которые активно и открыто используют исследования в своей клинической практике, а также не встречаются с исследователями и преподавателями среди клинических медсестер (Ireland, et al. 2006). Студенты хотят идентифицировать себя с «настоящими» клиническими медсестрами, а не с исследователями или лекторами (преподавателями). Затем студенты склонны рассматривать исследования как отвлечение от их основной цели – изучения сестринской практики (Meeker, et al., 2008).

- Клинические стандарты и процедуры, используемые в сестринском деле, формируются в сотрудничестве между медсестрами из клинических и академических учреждений.
- Преподаватели факультета имеют большой опыт работы в клинических условиях и используют свои клинические знания для поддержки преподавания доказательной клинической практики.
- Студенты, готовящие к получению диплома или защите магистерской диссертации, начинают с клинической проблемы и проводят исследования в клинических условиях, которые поддерживают такого рода исследовательскую работу и даже предлагают исследовать клинические дилеммы.
- Преподаватели факультета отправляются в клиническую среду в качестве наставников для студентов, чтобы делиться передовым опытом и новыми знаниями.
- Большая часть учебного времени сосредоточена на курсах в области доказательной практики в сестринском деле на всех уровнях образования (бакалавр, магистр и докторская степень), а также на всех профессиональных курсах.
- Клинические наставники для студентов, которые работают в клинических условиях, приходят на факультет, чтобы обучать и изучать практические процедуры в моделируемой среде, ориентированной на доказательную клиническую практику.
- Общие журнальные клубы – медсестры из академической и клинической среды.
- Ежегодная совместная организация образовательных встреч (основная тема – качество сестринского дела и доказательной клинической практике).

Основные моменты

- Внедрить доказательную клиническую практику в принципы преподавания Университета для всех сфер и всех уровней функционирования.
- Внедрить элементы доказательной сестринской клинической практики в учебные программы по каждому предмету.
- Постоянно обучать преподавателей доказательной сестринской клинической практике.
- Обеспечить доступ к базам данных для преподавателей, студентов, а также медсестер из клинической среды (наставников в клинических условиях).
- Обеспечить доступность университетских библиотек для медсестер из клинической среды.
- Назначить чемпионов (промоуторов) доказательной сестринской клинической практики в учреждении.
- Дайте студентам задание относительно поиска доказательств в форме семинаров, небольших исследований, презентаций доказательств в клинических условиях.
- Иметь действительно хорошие профессиональные связи с клинической средой.

Evidence-based practice implementation for Kazakhstan Universities

Mateja Bahun

MSc (Nursing), BSc (Health Education), RN, Senior Lecturer
Angela Boškin Faculty of Health Care, Slovenia, mbahun@fzab.si

Zhuldyz Zhetmekova

MSc (Nursing), Lecturer
Semey Medical University, Kazakhstan, zhuldyz.zhetmekova@nao-mus.kz

Abstract

Implementing evidence-based practices is difficult to utilize and need strategies that address the systems of care, research and education to be evidence-based. Developing an institutional culture of evidence-based practices is essential to support effective change in practice. One of the main strategies states that educational communities shall integrate evidence-based forms of practice in professional education curricula. Article covered several steps and tools for universities to guide in evidence-based practices implementation.

Key words: nursing education, evidence-based nursing, implementation, Kazakhstan

Introduction

Evidence-based practice is conscientious use of current best available research evidence in making decisions about patient care and is widely recognized as key to deliver the highest quality of health care and ensuring the best patient outcomes (Mazurek Melnyk & Fineout-Overholt, 2011). It is an approach that guides healthcare workers decisions to combine evidence with clinical expertise and unique patient values and preferences (Straus, 2018). The first step in establishing a successful evidence-based practice teaching program is to allocate resources to it and ask basic questions about current resources to support evidence-based practice. The questions for assessing the availability of an environment for teaching EBN are (Fineout-Overholt, 2006, cited in Fineout-Overholt, et al., 2011). Does the philosophy and mission of my institution support evidence-based practice? What is the personal commitment to evidence-based practice and the practice of excellence between lecturers and administration? Are there lecturers who have the knowledge and skills on evidence-based practice? Do all lecturers have needed computer skills and skills to use databases to find relevant evidence? Do all students have it? What are the evidence-based practice assignments throughout educational objectives or curriculum? The best university experts cannot be successful in teaching evidence-based practice if there is no support of resources. Evidence-based practice readiness incorporates personal and organizational readiness. Antecedents include the ability to recognize the need for evidence-based practice, ability to access and interpret evidence-based practice, and a supportive environment (Schaefer & Welton, 2018).

Human resources

Firstly, lecturers have to be qualified in evidence-based practice. If they have a good link with clinical environment, they can give examples; make lectures “practical” and help implementing evidence-based practice they teach also in everyday practice of nursing. In this way they can also help students implement critical thinking in their clinical practice. Essential are also the librarians that can help with

finding the best available evidence, help with use and maintenance of databases and facilitate informational literacy of lecturers and students. If not all lecturers are well trained in evidence-based practice, use of evidence-based practice mentor is useful – his job is to give one-on-one mentoring of lecturers, providing them on site assistance about how to teach evidence-based practice. Lecturers and mentors can make a strong bond and help each other grow in experience through meetings and critical thinking sessions (Fineout-Overholt, et al., 2011).

Technical resources

In this time of modern technologies and with knowledge easily available to lecturers and students, both have to be encouraged (and supported) to use as much technical resources as possible. Simulation technology as one promotes participative learning with use of realistic evidence-based patient care scenarios of real-life clinical situations. Students can perform care and train without the fear of harming the patient. Mobile devices can be used as a date book, to do list, address book, memo pad, calculator (e.g., paediatric medicine dosage) and access to databases (e.g., about side effects of medicines, recommended measures in case of different events, or data needed to make decisions). Devices can be used both in classrooms and in a point of care in clinical settings. Lecturers need to incorporate technology courses into the curriculum and empower the future healthcare professionals with knowledge and confidence to use technology as social networking sites, audio and video conferencing or clinical decision support systems, electronic patient documentation databases, etc. All this must be done with the best evidence available to support decision at the point of care (Fineout-Overholt, et al., 2011; Chipps, et al., 2020).

Strategies for integrating evidence-based practice in academic curricula not need to be complicated. In every syllabus and in every subject lecturer can implement the **language that reflects evidence-based practice**. Lecturers can focus on evidence-based practice paradigm and how it is being lived in course documentation and lecturing. Example: changing the word „rationale“ to „evidence“, or „improve patient care“ to „improve patient outcomes“. These small steps reflect the evidence-based practice paradigm, and students and the faculty will „talk the talk“ of evidence-based practice (Fineout-Overholt, et al., 2011). This way the paradigm shifts from protocols based on traditional practice to protocols based on the “best research evidence” in clinical practice will be supported. Practice protocols need to be re-evaluated and a search for the “best research evidence” for each protocol must occur (Hallas & Mazurek Melnyk, 2003).

Use all the steps of evidence-based practice process: Asking the clinical question, Searching for evidence, Critical appraisal, Clinical decision making. Revise **course assignments** and reframe them to **reflect evidence-based practice**.

Examples:

- Generate PICOT questions for written assignment.
- Groups share and give feedback on PICOT questions.
- Search two types of question and post search strategies or results.
- Group share and give feedback to peers.
- Prepare paper on search for the evidence to a clinical question.
- Conduct a rapid critical appraisal of a quantitative study.
- Prepare paper on proposed change in practice.

Strategies for teaching evidence-based practice in academic settings:

- evidence-based practice must be integrated across all courses, evidence-based practice should be woven overall curricula as part of the culture of teaching and learning environment.,
- Use of interactive teaching (case studies, group work, role play, hands-on learning),
- Small group seminars,
- Journal clubs – active group discussion in which all people involved participate: with use of articles, parts of books, expertise, clinical cases... to assist students to understand how to incorporate clinical expertise and patient preferences into decision making,
- Set clear deadlines – explicit about the goals and timeline,
- Carefully assess skill levels of participants prior starting the teaching program,
- Assure the education has meaning – content, settings, format and methods must be meaningful to learners.

Foster learning and growth – for learners to share their evidence-based practice knowledge with others, to grow in own knowledge of evidence-based practice, motivation for life-long learning (Fineout-Overholt, et al., 2011; Horntvedt, et al., 2018).

The level of education is strongly related to beliefs about evidence-based practice and its implementation, indicating that university education increases the understanding of this practice and arouses the desire to use evidence-based practice also in clinical practice [Melnyk, 2008b, Profetto – McGrath, 2005). Although most faculties support evidence-based practice learning, evidence-based practice is not included in their curricula due to high job requirements or lack of skills and knowledge, and current practice focuses on teaching research methodology [Melnyk, et al., 2008a, Stichler, 2011).

Conclusion

The use of evidence-based practice in the education of nursing students is of paramount importance for their future clinical practice. The educational interventions that exist for nursing students vary depending on the duration, the methods used, and whether the approach is simple or combined. Despite the heterogeneity of evidence-based practice educational intervention programs, it can be said that evidence-based practice educational approaches can increase knowledge, skills and competency and improve the beliefs, attitudes and behaviours of nursing students. It is very important that this basic professional framework is obtained in university educational programs, as translating all into daily practice can significantly improve the clinical outcome (Patelarou, et al., 2020). However, the implementation of clinical practice change is still in the infancy stages of development. Once implemented, outcome studies need to be completed to assure that the literature identification of the “best research evidence” is indeed producing the expected client outcomes. This is the tedious but necessary part of the process required for implementation of evidence-based practice by nurse practitioners (Hallas & Mazurek Melnyk, 2003). Because as Mazurek Melnyk (2005) states, the most frequent source of information is still a colleague or peer; poor familiarity with the term “evidence-based practice”; missing instruction in using electronic databases for nurses in clinical practice; and besides time, the greatest personal barrier in using information in practice was “lack of value for research.” **So, do not forget that only good clinical integration of evidence-based practice will enhance skills, attitudes and behavior of students toward evidence-based practice. It is therefore essential to link the academic and clinical environment in the field of evidence-based practice.**

How can it be done:

- Establish Nursing research team where members are nurses from academic and nurses from clinical environment work together on finding the relevant evidence or conduct the research to mutual benefit of new knowledge.
- Research focus is shaped from the needs from clinical environment, to improve clinical nursing practice and to minimize gap between theory and practice. The division of research, education and clinical practices is a problem (Aglen, 2016). In clinical environment students are hardly exposed to nurses that actively and explicit use research in their clinical practice, nor do they meet researchers and educators among the clinical nurses (Ireland, et al. 2006). The students want to identify with “real” clinical nurses, not researchers or lecturers. Then students tend to view research as a distraction from their primary purpose of learning about nursing practice (Meeker, et al., 2008).
- Clinical standards and procedures that are used in nursing are formed in cooperation between nurses from clinical and academic settings.
- Lecturers at the faculty have a wide experience from clinical settings and use their clinical knowledge to support evidence-based practice teaching.
- Students for their diploma or master thesis start with a clinical problem and conduct research in clinical settings that support that kind of research work and even suggest clinical dilemmas to be researched.
- lecturers from Faculty go to clinical environment as mentors for students so good practices and new knowledge is shared.
- A big part of education time is focused on courses on field of Evidence-based practice in nursing on all levels of education (BSc, MSc and PhD) and also in all professional courses.
- Clinical mentors for students that work in clinical settings come to the faculty to teach and learn practical procedures in simulated environment focused on evidence-based practice.
- Common journal clubs - nurses from academic and clinical environment.
- Yearly joint organization of educational meetings (main theme is quality in nursing and evidence-based practice).

Highlights

- Implement evidence-based practice in philosophy of University for all fields and all levels of functioning.
- Implement the EBN elements in curriculums of every subject.
- Continuously educate lecturers on EBN.
- Arrange the accessibility to databases for lecturers, students and also nurses from clinical environment (mentors in clinical settings).
- Arrange the accessibility to university libraries for nurses from clinical environment.
- Designate champions (promotors) for EBN in institution.
- Give students task regarding finding evidence in form of seminars, small researches, presentations of evidence in clinical settings.
- Have a really good professional ties with clinical environments.

Literature

Aglen, B., 2016. Pedagogical strategies to teach bachelor students evidence-based practice: A systematic review. *Nurse Education Today* 36, pp. 255–263, <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2015.08.025>.

- Chipps, E., Tucker, S., Labardee, R., Bindu, T., Weber, M., Gallagher-Ford, L. & Mazurek Melnyk, B., 2020. The Impact of the Electronic Health Record on Moving New Evidence-Based Nursing Practices Forward. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 17(2), pp. 136–143. doi.org/10.1111/wvn.12435.
- Fineout-Overholt, E., Stillwell, S.B., Williamson, K.M., Cox, J.F. III & Robbins, W. 2011. In: Melnyk & Fineout-Overholt. *Evidence based practice in Nursing & Healthcare*. Second edition. Wolters Kluwer, Lippincott Williams & Wilkins. pp. 291-329.
- Hallas, D. & Mazurek Melnyk, B., 2003. Evidence-Based Practice: The Paradigm Shift. *Journal of pediatric health care*.17(1):46-9. doi: 10.1067/mpH.2003.14.
- Horntvedt, M.T., Nordsteien, A., Fermann, T. & Severinsson, E. 2018. Strategies for teaching evidence-based practice in nursing education: a thematic literature review. *BMC medical education*. 18, 172. <https://doi.org/10.1186/s12909-018-1278-z>.
- Ireland, J., Johnson, N., Adams, D., Eboh, W. & Mowatt, E. 2009. Blended learning in education: effects on knowledge and attitude. *British journal of nursing*, 18(2), pp. 124-130.
- Mazurek Melnyk, B., 2005. Advancing Evidence-Based Practice in Clinical and Academic Settings. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*. 1545-102X1/05.
- Meeker, M.A., Jones J.M. & Flanagan, N.A., 2008. Teaching Undergraduate Nursing Research from an Evidence-Based Practice Perspective. *Journal of Nursing Education*. 47(8), pp. 376-379.
- Melnyk, B.M., Fineout-Overholt, E., Feinstein, N.F., Sadler, L.S. & Green-Hernandez, C. 2008a. Nurse Practitioner Educators' Perceived Knowledge, Beliefs, and Teaching Strategies Regarding Evidence-Based Practice: Implications for Accelerating the Integration of Evidence-Based Practice into Graduate Programs. *Journal of professional nursing*. 24, pp. 7–13, doi:10.1016/j.profnurs.2007.06.023.
- Melnyk, B.M., Fineout-Overholt, E. & Mays, M.Z. 2008b. The Evidence-Based Practice Beliefs and Implementation Scales: Psychometric Properties of Two New Instruments. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 5, pp. 208–216, doi:10.1111/j.1741-6787.2008.00126.x.
- Patelarou, A.E., Mechili, E.A., Ruzafa-Martinez, M., Dolezel, J., Gotlib, J., Skela-Savič, B., Ramos-Morcillo, A.J., Finotto, S., Jarosova, D., Smodiš, M., Mecugni, D., Panczyk M. & Patelarou. E., 2020. Educational Interventions for Teaching Evidence Based Practice to Undergraduate Nursing Students: A Scoping Review. *International journal of environmental research and public health*. 17(17): 6351. doi: 10.3390/ijerph17176351.
- Profetto-McGrath, J., 2005. Critical Thinking and Evidence-Based Practice. *Journal of Professional Nursing*. 21, pp. 364–371, doi:10.1016/j.profnurs.2005.10.002.
- Schaefer, J.D. & Welton, J.M., 2018. Evidence based practice readiness: A concept analysis. *Journal of nursing management*. 26:621–629. doi.org/10.1111/jonm.12599.
- Stichler, J.F., Fields, W., Kim, S.C. & Brown, C.E.2011. Faculty Knowledge, Attitudes, and Perceived Barriers to Teaching Evidence-Based Nursing. *Journal of Professional Nursing*. 27, pp. 92–100, doi:10.1016/j.profnurs.2010.09.012.
- Straus, S.E., Glasziou, P., Richardson, W.S. & Haynes, R.B. 2018. *Evidence-Based Medicine E-Book: How to Practice and Teach EBM*; Elsevier Health Sciences: Amsterdam, The Netherlands, 2018.

Стационарда студенттік жобаларды қолдана отырып, дәлелдерге негізделген тәжірибені жетілдіру

Корнелия Ван Слохтерен

Мейіргер ісі саласындағы ғылым магистрі, оқытушы
Ханзе Қолданбалы ғылымдар университеті, Мейіргер ісі мектебі, Гронинген,
Нидерланды
c.l.van.slochteren-kommer@pl.hanze.nl

Түйіндеме

Студенттер мейіргер ісі саласында дәлелдерге негізделген тәжірибені кеңейтуге көмектесе алады. Ханзе Қолданбалы ғылымдар университетінде (Гронинген, Нидерланды) мейіргер ісі бакалавриат студенттері тағылымдамадан өту кезінде дәлелдерге негізделген жақсарту үшін шағын жобаларды орындаулары тиіс. Осы мақалада стационардағы студенттік жобаның мысалы сипатталған және мейіргерлік практиканы жақсарту үшін жоба нәтижелері қалай қолданылатындығы көрсетілген.

Түйін сөздер: *стационар, медициналық көмек сапасы, хаттамалар, перифериялық көктамырішілік катетер, шаю жиілігі*

Кіріспе

Денсаулық сақтау сапасы мен пациенттердің қауіпсіздігін қамтамасыз ету бойынша тұрақты жұмыстың қажеттілігі маңызды және кеңінен талқыланатын тақырып болып табылады. Денсаулық жағдайы (мысалы, халықтың қартаюуы, өмір сүру ұзақтығының теңсіздігі) және денсаулық сақтаудың қол жетімділігі (қаржыландыру, дәрігерлер мен мейіргерлер сияқты медициналық мамандықтардың болуы) сияқты ағымдағы денсаулық көрсеткіштері пациенттердің қауіпсіздік мәдениетін қоса, сапаны тұрақты басқаруға оң көзқарас қажет екенін көрсетеді (Экономикалық Ынтымақтастық және Даму Ұйымы, 2018). Braithwaite (2018) бойынша денсаулық сақтау – күрделі бейімделімді жүйе, ал бұл уақыт өте келе жүйелердің өнімділігі мен мінез-құлқы өзгеретіндігін және жеке компоненттер туралы қарапайым біліммен толық түсінуге болмайтындығын білдіреді. Сонымен қатар, жақында өткізген зерттеулер мейіргерлік тәжірибеде пациенттер қауіпсіздігінің тиімді мәдениетіне қол жеткізу үшін әлі ұзақ жол бар екенін көрсетеді (Farokhzadian, et al., 2018). Сондықтан клиникалық тәжірибенің басшылық қағидалары мен стандарттарын талдау және үнемі жаңартып отыру өте маңызды. Медициналық көмек сапасын қолдау – білім беруге біріктірілуі тиіс маңызды тақырып. Мейіргер студенттері күтімді жүзеге асыратын және олардың білім беруіне негізделген өзгерістер мен инновацияларды басқаратын болашақ әріптестеріміз ретінде қарастырылуы мүмкін. Бүгінгі таңда бұл қатысушылар өз тәжірибелеріне немесе мекемелеріне қадам жасау үшін ең үздік тәжірибелерден үйренеді дегенді білдіреді. Менің дәйексөзім: «Дәл қазір тұрған жерден бастаңыз, бар нәрсені қолданыңыз және қолыңыздан келгеннің бәрін жасаңыз». Студенттер өздерінің тәжірибесі кезінде жасайтын жобаларға дәлелдерге негізделген тәжірибені біріктірілуі, оны (дәлелдерге негізделген тәжірибені) қаншалықты жақсарататындығы менің жеке педагогикалық тәжірибемдегі мысалмен түсіндірілетін болады.

Дәлелдерге негізделген тәжірибе Мейіргер ісі бакалавриаты бағдарламасының шеңберіндегі тақырып ретінде

Ханзе Қолданбалы ғылымдар университетінің Мейіргер ісі мектебінде ғылыми негізделген тәжірибе бакалавриат бағдарламасы аясында тәжірибеге бағытталған зерттеулердің маңызды тұрақты бөлігі болып табылады. Бұл тақырып студенттер төрт жыл бойы орындайтын түрлі тапсырмаларға біріктірілген. Дәлелдерге негізделген тәжірибе әр оқу жылы сайын күрделене түсетін дәйекті компоненттерге құрылымдалған. Бірінші курста мейіргер студенттер әдебиетті іздестіруге, ғылыми мақалаларды талдауға және сыни бағалауға үйренеді. Екінші курста студенттердің нақты деректерге негізделуі тиіс мейіргерлік араласуларды таңдайтын тақырыптық зерттеулер бойынша түрлі тапсырмалары болады. Бұл дегеніміз, студенттер әр түрлі тақырыптар бойынша әдебиеттерге шолу жасайды, олардың қайсысы үздік дәлел екенін анықтайды. Сонымен қатар, олар теориялық тапсырмаларда теория мен соңғы зерттеулерге негізделген клиникалық дәлелдерді қолдануды үйренеді. Бакалавриаттың екінші, үшінші және төртінші курстарында студенттер мейіргерлік тәжірибеде тағылымдамадан өтеді. Үш семестр бойы олар үйдегі күтім, ауруханалар, психиатриялық бөлімшелер немесе қарттар үйілері сияқты түрлі жағдайларда жұмыс істейді. Тағлымдаманың түрлі семестрлері ішінде студенттер тақырыптық зерттеулерді жазады, тәжірибеде араласуларды анықтайды және оларды теориямен салыстырады. Тағлымдама кезіндегі маңызды тапсырма сапаны арттырудың шағын көлемді жобасы болып табылады. Бакалавриатта оқудың соңғы жылында студенттер практикадан алынған зерттеу сұрағына негізделген практикалық зерттеулер жүргізеді.

Оқу жоспарындағы осы тақырыптың үстемдігінің себебі - мейіргерлер өздерінің мансабы барысында мейіргер ісінің сапасын жақсартумен қатар жүру үшін дәлелдерге негізделген тәжірибеге мұқтаж болуда. Студенттер оқу кезінде дәлелдерге негізделген тәжірибені қолдануды үйреніп, оқуды аяқтағаннан кейін оны іс жүзінде қолдануға қабілетті болады.

Студенттердің тағылымдамасы кезіндегі дәлелдерге негізделген тәжірибе

Осы таныстырылымда мен өткен оқу жылында ауруханада практикадан өту кезінде студент жасаған сапаны жақсарту жобасының мысалын келтіремін. Тапсырма үшін Жоспарлау-Орындау-Тексеру-Әрекет (ары қарай ЖОТӘ) әдісін қолдана отырып, жоспар құрылды. Бұл әдіс жиі ЖОТӘ циклі немесе Деминг циклі деп аталады. Бұл жоспарлаудың, орындаудың, тексерудің және әрекеттің үздіксіз рәсімі. Ол мәселелерді шешуге және өзгерістерді басқаруға қарапайым және тиімді тәсілді қамтамасыз етеді, сондай-ақ, рәсімдер мен жұмыс әдістерін¹ жаңартпас бұрын кішігірім көлемде жақсарту шараларын тестілеу үшін пайдалы.

Жағдай туралы жалпы ақпарат

Студент тәжірибесі Нидерландыдағы орташа көлемді аурухананың (381 төсек, 1500 қызметкер және 80 медицина маманы) онкологиялық бөлімшесінде өтті. Бөлімшеде шамамен 30 кәсіби және бакалавр деңгейіндегі мейіргерлерден тұратын команда құзырындағы 40 төсек бар. Ауруханаға жатқызылған пациенттер диагноз қою және ота жасату мен емдеуден өту үшін бөлімшеге келеді. Пациенттердің орташа жасы 62-83 жасты құрайды, ал стационарда болу

¹Қосымша қарастыру үшін: Mind Tools. (n.d.). Plan-Do-Check-Act (PDCA) Continually Improving, in a Methodical Way.

ұзақтығы емдеу мен диагнозына байланысты шамамен 8 күнді құрайды. Бөлімшедегі пациенттердің барлығында дерлік сұйықтық немесе дәрі-дәрмектерді қабылдауға арналған перифериялық көктамырішілік катетер (көктамырішілік) бар. Пациенттердің қозғалғыштығын ынталандыру үшін көктамырішілік канюля көктамырішілік дәрі-дәрмектерді қабылдау немесе сұйықтықпен қамтамасыз ету қажет болмаған кезде ажыратылады. Егер дәрі-дәрмектер қайтадан қажет болса, пациенттің көктамырішілік канюлясы қайтадан қосылып, инфузия алдында шайылады. Кейбір жағдайларда, егер пациент стационарда болған кезде көктамырішілік дәрі-дәрмектерді қажет етпесе, көктамырішілік канюля ажыратылады, бірақ төтенше жағдайлар кезінде тікелей көктамырішілік қол жетімділікті қамтамасыз ету үшін сақталады. Көктамырішілік құюды жиі енгізу пациенттер үшін күйзелісті және ауыр болуы мүмкін; сондықтан көктамырішілік канюля барыншы ұзақ уақыт қолданылады. Мұндай жағдайда көктамырішілік канюляны күніне бірнеше рет шаю керек.

Жоспарлау – жобаны қарастыру

Тәжірибенің алғашқы апталарында студент көктамырішілік дәрі тамызғышы бар көптеген пациенттерді көрді. Сондықтан ол мекеме тағайындаған көктамырішілік дәрі тамызғышты қалай және қаншалықты жиі шаю керектігінің хаттамасын зерттеді. Бөлімшеде өзінің тәлімгерінен қысқа оқудан кейін ол процедураны өз бетінше орындай алды. Алайда, ол көп жаттығуды және алдымен басқа әріптестерін осы дағданы қалай орындайтындарын көруді шешті. Сондықтан ол жобаға дайындық ретінде жалпы жоспарды құрды.

Бөлімшедегі бақылау
Хаттамаларды оқу
Жобаны әріптестермен талқылау
Оқыту жоспарын жазу

Бақылау кезеңі бойы ол көптеген пациенттерде перифериялық көктамырішілік катетердің ажыратылғанын және оған дәрі-дәрмектерді немесе сұйықтықтарды енгізу үшін мезгіл-мезгіл қол жеткізілгенін көрді.

Мекеменің хаттамасында көктамырішілік катетерді күніне екі рет күндізгі және кешкі ауысым кезінде 5 мл 0,9% NaCl ерітіндісімен шаю белгіленген. Көктамырішілік дәрі тамызғышты шайған кезде инфекцияның алдын алу үшін процедура стерильді болуы тиіс. Шаю кезінде (а) егер кедергі болса және көктамырішілік енгізу оңай қол жетімді болса, (б) егер көктамырішілік дәрі тамызғыш әлі де көктамырда болса және (в) көктамырішілік және енгізу саңылауының жай-күйі (қызару, ауыру, ісу, флебит) сияқты бірнеше бақылау нүктелері бар. Хаттама сондай-ақ пациенттің электронды файлындағы пациентке күтім жасау процедуралары туралы құжаттаманы да қамтыды.

Алайда, студент мейіргерлердің көпшілігі дәрі тамызғышты екі ауысым бойы бір-ақ рет шайғанын байқады. Көктамырішілік дәрі тамызғыш шайылмаған уақыт пациенттің жеке ісінде құжатталмады. Студенттің өзіне қойған келесі сұрағы – тамырішілік дәрі тамызғышты күніне екі рет шаю оны таза ұстаудың ең тиімді әдісі ме?

Студент өз бақылауларын басшылармен талқылап, осы тақырып бойынша жоба жазуға келісті. Зерттеудің жалпы мақсаты дәлелдерге негізделген тәжірибені қолдана отырып, медициналық көмектің сапасы мен пациенттің қауіпсіздігіне кепілдік беру болды. Жобаның нақты мақсаты -

көктамырішілік дәрі тамызғышты шаю туралы хаттаманы бағалау және хаттаманы түзетудің дәлелдерін табу.

Орындау – деректерді жинау және талдау

Жобаны күшейту үшін студент бөлімшедегі мейіргерлер арасында бейесімді сауалнама жүргізді. Сауалнаманың мақсаты - мейіргерлердің ағымдағы хаттама туралы не ойлайтындығын және олар осы хаттамадан қай себептермен ауытқуы тиіс екендігін анықтау. Бөлімшедегі мейіргерлер арасындағы білімдер мен пікірлерді білу үшін бұл ақпарат өте маңызды болды.

Әдебиеттерді іздеу үшін зерттеу сұрағын қолдана отырып, ол MACH (PICO)² әдісін пайдаланды:

M (мәселе) перифериялық көктамырішілік катетер

A (араласу) күніне бір рет шаю

C (салыстыру) күніне екі рет шаю

N (нәтиже) обструкция мен флебитті алдын алу.

Студент келесі сұрақты қалыптастырды: «Көктамырішілік дәрі тамызғышты күніне екі рет шаюмен салыстырғанда көктамырішілік дәрі тамызғышты күніне бір рет шаю обструкцияны және/немесе флебиттің дамуын алдын ала ма?»

Әдебиетті зерттеу түйін сөздерді айқындай және бірнеше деректер базасында іздеу стратегиясын құра отырып жүргізілді. Студент мақалаларды таңдау үшін жасалған қадамдарды блок-сұлбада сипаттады. Соңында үш мақала белгілі бір қосу және алып тастау өлшемшарттары бойынша, соның ішінде дәлелдемелердің ең жоғары деңгейі бойынша таңдалды. Кейін зерттеу мақалаларының мазмұны бағаланып, жалпыланды. Көктамырішілік дәрі тамызғышты күніне бір рет шаю күніне екі рет немесе күніне төрт рет шаю сияқты тиімді деген жалпы тұжырым жасалды.

1-кесте: Әдебиетті шолу үшін таңдалған мақалалар

Keogh, S., Flynn, S., Marsh, N., Mihala, G., Davies, K. & Rickard, C., 2016. Varied flushing frequency and volume to prevent peripheral intravenous catheter failure: a pilot, factorial randomized controlled trial in adult medical-surgical hospital patients [PubMed].

Schreiber, S., Zanchi, C., Ronfani, L., Delise, A., Corberlli, A., Bortoluzzi, R., Taddio, A. & Barbi, E., 2015. Normal saline flushes performed once daily maintain peripheral intravenous catheter patency: a randomised controlled trial [PubMed].

Campbell, C. S., Trojanowski, J. & Ackroyd-Stolarz, A. S., 2005. How Often Should Peripheral Intravenous Catheters in Ambulatory Patients Be Flushed? [Google Scholar].

Бөлімшедегі сауалнама арқылы 15 әріптестің жауабы мен пікірлері алынды, содан кейін олар талданды. Жауаптар мейіргерлер жоғары жұмыс жүктемесіне байланысты хаттамадан ауытқығандарын және дәрі тамызғышты шаюды ұмытып кеткендерін көрсетті. Барлық 15 мейіргер хаттама туралы хабардар болды және оны қайдан тауып алуға болатындығы туралы білді.

Сауалнамалар мен әдебиетті іздеу нәтижелері бойынша жақсарту жөнінде ұсыныстар жазылды.

Тексеру – нәтижелерді біріктіріңіз және бөлімшеде қолдау базасы бар екендігіне көз жеткізіңіз

Бұл қадам екі зерттеудің нәтижелеріне негізделген жақсарту ұсынысын тұжырымдау болды. Онда бөлімшеде не жүзеге асырылуы керек және оны қалай жасауға болатындығы сипатталған.

² See: Health (Nursing, Medicine, Allied Health): Search Strategies: Framing the question (PICO)

2-кесте: Нәтижелер

Әдеби зерттеулер асқинулардың дамуында немесе перифериялық көктамыршілік катетерді 24 сағатта бір рет шаю кезінде 24 сағат ішінде екі рет шаюмен салыстырғанда ешқандай айырмашылық жоқ екенін көрсетті.

Қолданбалы зерттеулер дәрі тамызғышты күніне екі рет шаюдан ауытқу көп жағдайда уақыттың жетіспеуіне байланысты болғандығын көрсетті.

Нәтижелер басшылармен және аға мейіргермен талқыланды. Содан кейін екі аспектіні ескере отырып, жақсарту бойынша ұсыныс қалыптастырылды.

Дәрі тамызғышты күніне екі рет шаюдың орнына бір рет шаю үшін бөлімшеде тиісті жұмыс стандартын анықтау. Бұл жаңа стандарт бөлімшедегі мейіргерлерге аздау уақыт қысымын жасайды және қазіргі жұмыс әдісі сияқты тиімді.

Әзірленген хаттамада жаңа стандартты қоғамдық ұйымның жұмыс тобы мақұлдауын қамтамасыз ету үшін жұмыс тобын құру.

Өзгертілген жұмыс стандартын, мысалы, пациенттің электронды файлында, сақтау.

Медициналық көмектің сапасы қалай қамтамасыз етілетінін бағалау және талқылау, өйткені жұмыс жүктемесі жоғары және мейіргерлер ағымдағы хаттамалардан ауытқуға бейім.

Әрекет – жоспарды орындау үшін қадамдар жасаңыз

Соңында, студент бөлімшеде жоба бойынша ұсыныстарды іске асыру үшін қысқа қадамдық жоспарды анықтады. Ол хаттаманы жаңа стандартқа бейімдеуге және оны іс жүзінде жүзеге асыруға баса назар аударды.

3-кесте: Қадамдық жоспар

Бөлімшеде тиісті жұмыс стандартын анықтаңыз	Ұсыныс хаттамаға өзгерістер енгізуге болатындығын білу үшін бөлімшедегі хаттамаларға жауап беретін әріптестермен талқыланады.
	Бүкіл командаға хабарлау үшін жоба туралы клиникалық сабақ беріңіз. Әріптестерді сендіру үшін айғақтарды фактологиялық бюллетень түрінде ұсыныңыз.
	Осы клиникалық сабақ кезінде: мейіргерлер арасында өзіңіздің ойларыңызбен және пікірлеріңізбен бөлісіңіз, жұмыс тобының бөлшегі болуға кім мүдделі екенін сұраңыз, байланысушы тұлға кім екенін және жұмыс тобындағы әріптестерінен не күтілетіндігін анық көрсетіңіз, -менеджердің қолдауы мәлімделді.
Жұмыс тобын құрыңыз	Бөлімшеде жұмыс стандартын, мысалы, жалпыұйымдық жұмыс тобы бекіткен, өзгерту үшін не қажет екенін талқылаңыз,
	Өзгерту қажет барлық аспектілерді қорытындылап, оларды команданың келесі жиналысында көрсетіңіз.
Жұмыстың жаңа стандартын сақтаңыз	Жұмыстың жаңа әдісін енгізу күнін белгілеңіз.
	Әріптестер мен тартылған пәндерді хабардар етіңіз.
	Рәсімді пациенттің электронды файлында қайта қарастырыңыз.
	Жұмыс істеудің жаңа әдісін күнделікті ауысымдарда атап өтіңіз.
	Бағалау күнін белгілеңіз.

Бағалау	Тәжірибені талқылаңыз: не сәтті болды, ал не сәтсіз өтті.
	Жаңа әдістің әріптестеріңіз үшін пайдасын анықтаңыз .
	Жұмыс тобы барлық тармақтарды түгендеуді қорытындылайды және келесі іс-қимылдар жоспарын жасайды.

Талқылау және қорытынды: ғылыми негізделген практика - мұның бәрі не туралы?

Студенттік жобаға көз жүгіртсек, оны медициналық көмектің сапасы мен пациенттердің қауіпсіздігіне қол жетімді үлес ретінде қарастыруға болады. Бұл мейіргер ісіне әсер етеді және сәттіліктің бірнеше аспектілерін қосуға болады.

Не көрсетті:

Дәлелдерге негізделген тәжірибе немесе дәлелдерге негізделген мейіргер ісі шағын көлемді және практика үшін жарамды болуы мүмкін,

Студенттер практикаға (жаңа) білімдерді енгізуге тартылуы мүмкін,

Көшбасшылық маңызды және тәжірибені қимылға келтіру үшін қажет.

Соңғысы және маңыздысы: «Дәл қазір тұрған жерден бастаңыз, бар нәрсені қолданыңыз және қолыңыздан келгеннің бәрін жасаңыз».

Совершенствование доказательной практики с использованием студенческих проектов в стационаре

Корнелия Ван Слохтерен

Магистр наук в области сестринского дела, преподаватель

Университет Прикладных наук Ханзе Гронинген, Школа Сестринского дела, Нидерланды

c.l.van.slochteren-kommer@pl.hanze.nl

Резюме

Студенты могут помочь расширить доказательную практику в области сестринского дела. В Университете прикладных наук Ханзе в Гронингене (Нидерланды) студенты-бакалавры сестринского дела должны выполнять небольшие проекты во время стажировки, чтобы улучшить научно-обоснованную практику. В данной статье описывается пример студенческого проекта в больнице и показано, как результаты проекта используются для улучшения сестринской практики.

Ключевые слова: *больница, качество медицинской помощи, протоколы, периферический внутривенный катетер, частота промывания*

Введение

Необходимость постоянной работы над качеством здравоохранения и обеспечением безопасности пациентов является важной и широко обсуждаемой темой. Текущие показатели здоровья, такие как состояние здоровья (например, старение населения, неравенство в продолжительности жизни) и доступность здравоохранения (финансирование, наличие медицинских специальностей как врачи и сестринский персонал) подчеркивают необходимость

позитивного отношения к постоянному управлению качеством, включая культуру безопасности пациентов (ОЭСР, 2018). Braithwaite (2018) определил, что здравоохранение - это сложная адаптивная система, а это означает, что производительность и поведение систем меняются с течением времени и не могут быть полностью поняты простым знанием об отдельных компонентах. Кроме того, недавние исследования показывают, что впереди еще долгий путь для достижения эффективной культуры безопасности пациентов в сестринской практике (Farokhzadian, et al., 2018). Поэтому крайне важен анализ и постоянное обновление руководящих принципов и стандартов клинической практики. Поддержание качества медицинской помощи - важная тема, которая должна быть интегрирована в образование. Студенты сестринского дела могут рассматриваться как наши будущие коллеги, которые будут осуществлять уход и руководить изменениями и инновациями, основанными на их образовании. На сегодняшний день это означает, что участники учатся на лучших практиках, чтобы сделать шаг к своей собственной практике или к учреждению. Моя цитата: "Начните оттуда, где вы сейчас находитесь, используйте то, что у вас есть и делайте все, что можете". Это будет объяснено примером из моего собственного педагогического опыта того, как доказательная практика может улучшиться, интегрируясь в проекты, которые студенты делают во время своей практики.

Доказательная практика как тема в рамках программы бакалавриата Сестринского дела

В Школе Сестринского дела Университета Прикладных Наук Ханзе доказательная практика является важной постоянной частью практико-ориентированных исследований в рамках программы бакалавриата. Эта тема интегрирована в различные задания, которые студенты выполняют в течение четырех лет. Доказательная практика структурирована в последовательные компоненты, которые с каждым учебным годом становятся все более сложными. На первом курсе студенты сестринского дела учатся искать литературу, анализировать и критически оценивать научные статьи. На втором курсе студентам дают различные задания по тематическим исследованиям, в которых они выбирают сестринские вмешательства, которые должны основываться на доказательствах. Это означает, что студенты проводят обзоры литературы по различным темам, чтобы выяснить, какие из них являются лучшими доказательствами. Более того, они учатся применять клинические рассуждения, основанные на теории и недавних исследованиях в теоретических заданиях. На втором, третьем и четвертом курсах бакалавриата студенты проходят сестринскую учебную практику. В течение трех семестров они работают в различных условиях, таких как уход на дому, больницы, психиатрические отделения или дома престарелых. В течение различных семестров практики студенты пишут тематические исследования, выявляют вмешательства на практике и сравнивают их с теорией. Важным заданием во время практики является мини проект повышения качества. В последний год обучения в бакалавриате студенты проводят практическое исследование, основанное на исследовательском вопросе из практики. Причина доминирования этой темы в учебном плане заключается в том, что медсестры нуждаются в доказательной практике, чтобы идти в ногу с улучшением качества сестринской практики в течение своей карьеры. Научившись применять доказательную практику во время обучения, студенты способны применить ее на практике после окончания учебы.

Доказательная практика студентов во время их учебной практики

В этой статье я приведу пример проекта по повышению качества, который был выполнен студенткой во время практики в больнице в прошлом учебном году. Для задания был составлен

план с использованием метода Планирование-Выполнение-Проверка-Действие (ПВПД). Этот метод часто упоминается как цикл ПВПД или цикл Деминга. Это непрерывная процедура планирования, выполнения, проверки и действия. Он обеспечивает простой и эффективный подход к решению проблем и управлению изменениями, а также полезен для тестирования мер по улучшению в небольших масштабах перед обновлением процедур и методов² работы.

Общая информация о ситуации

Практика студентки проходила в онкологическом отделении больницы среднего размера (381 койка, 1500 сотрудников и 80 медицинских специалистов) в Нидерландах. Отделение имеет 40 коек с командой примерно из 30 медсестер профессионального уровня и уровня бакалавриата. Пациенты которые госпитализированы, приходят в отделение для постановки диагноза и прохождения операции и лечения. Средний возраст пациентов составляет 62-83 года, а продолжительность пребывания в стационаре составляет примерно 8 дней в зависимости от лечения и диагноза. Почти у всех пациентов в отделении есть периферический внутривенный катетер (внутривенно) для введения жидкости или лекарств. Внутривенная канюля закрывается, когда нет необходимости принимать внутривенные лекарства или вливания жидкостей, чтобы стимулировать подвижность пациента. Если лекарства необходимы снова, внутривенная канюля пациента снова подключается и промывается перед инфузией. В некоторых случаях, если пациент не нуждается в каких-либо внутривенных лекарствах во время пребывания в стационаре, внутривенная канюля отсоединяется, но сохраняется для обеспечения прямого внутривенного доступа в случае чрезвычайных ситуаций. Частое введение внутривенного вливания может быть стрессовым и болезненным для пациентов; поэтому внутривенная канюля поддерживается как можно дольше. В таком случае внутривенную канюлю промывают несколько раз в день.

Планирование - рассмотрение проекта

В течение первых недель практики студентка видела много пациентов с внутривенной канюли. Поэтому она изучила предписанный учреждением протокол того, как и как часто следует промывать внутривенную канюлю. После короткого обучения в отделении у своего наставника она смогла выполнить процедуру самостоятельно. Однако она решила больше практиковаться и сначала понаблюдать за другими коллегами, как они выполняют этот навык. Поэтому она составила общий план в качестве подготовки к проекту.

Наблюдение в отделении
Чтение протоколов
Обсудить проект с коллегами
Написать план обучения

В течение периода наблюдения она видела, что у многих пациентов периферический внутривенный катетер был отключен и доступ к нему осуществлялся только периодически для введения лекарств или жидкостей.

²Смотрите дополнительно: Mind Tools. (n.d.). Plan-Do-Check-Act (PDCA) Continually Improving, in a Methodical Way.

Протокол учреждения предписывал промывать внутривенный катетер дважды в сутки 5 мл 0,9% раствора NaCl в течение дневной и вечерней смены. При промывании внутривенной канюли процедура должна быть стерильной для предотвращения инфекций. Во время промывания имеется несколько точек для наблюдения, таких как: (а) есть ли сопротивление и легко ли доступно внутривенное введение, (б) находится ли внутривенная капельница все еще в вене и (в) состояние внутривенной канюли и места введения канюли (покраснение, боль, отек, флебит). Протокол также включал в себя документацию о процедурах ухода за больными в электронном файле пациента.

Однако студентка заметила, что большинство медсестер в течение обеих смен только один раз проводили промывание канюли. Факт, того что внутривенная канюля не была промыта, не был задокументирован в личном деле пациента. Следующий вопрос, который студентка задала себе, заключается в том, является ли промывание внутривенной канюли два раза в день наиболее эффективным способом поддержания ее чистоты.

Студентка обсудила свои наблюдения с руководителями и согласилась написать проект на эту тему. Общая цель исследования состояла в том, чтобы гарантировать качество медицинской помощи и безопасность пациента, применяя доказательную практику. Конкретная цель проекта состояла в том, чтобы оценить протокол о промывании внутривенной канюли и найти доказательства для корректировки протокола.

Выполнение - сбор и анализ данных

Чтобы усилить проект, студентка провела анонимный опрос среди всех медсестер в отделении. Цель опроса состоит в том, чтобы выяснить, что медсестры думают о текущем протоколе и по какой причине они должны отклониться от этого протокола. Эта информация была важна, чтобы знать, какие знания и убеждения были среди медсестер в отделении.

Следуя исследовательскому вопросу для поиска литературы, она использовала метод ПВСИ (PICO)³:

- П (проблема) периферический внутривенный катетер
- В (вмешательство) промывание один раз в день
- С (сравнение) промывание два раза в день
- И (исход) предотвращение обструкции и флебита

Студентка сформулировала следующий вопрос: *"Предотвращает ли промывание внутривенной канюли один раз в день обструкцию и /или развитие флебита по сравнению с промыванием внутривенной канюли два раза в день?"*

Исследование литературы проводилось с выявлением ключевых слов и составления стратегии поиска в нескольких базах данных. Студентка описала шаги, которые были сделаны для выбора статей в блок-схеме. В конце, три статьи были отобраны по определенным критериям включения и исключения, включая самый высокий уровень доказательств. Впоследствии содержание исследовательских статей было оценено и обобщено. Был сделан общий вывод, что промывание внутривенной канюли один раз в день так же эффективно, как промывание дважды в день или даже четыре раза в день.

³ See: Health (Nursing, Medicine, Allied Health): Search Strategies: Framing the question (PICO)

Таблица 1: Выбранные статьи для обзора литературы

Keogh, S., Flynn, S., Marsh, N., Mihala, G., Davies, K. & Rickard, C., 2016. Varied flushing frequency and volume to prevent peripheral intravenous catheter failure: a pilot, factorial randomized controlled trial in adult medical-surgical hospital patients [PubMed].

Schreiber, S., Zanchi, C., Ronfani, L., Delise, A., Corberlli, A., Bortoluzzi, R., Taddio, A. & Barbi, E., 2015. Normal saline flushes performed once daily maintain peripheral intravenous catheter patency: a randomised controlled trial [PubMed].

Campbell, C. S., Trojanowski, J. & Ackroyd-Stolarz, A. S., 2005. How Often Should Peripheral Intravenous Catheters in Ambulatory Patients Be Flushed? [Google Scholar].

Посредством опроса в отделении были собраны ответы и мнения 15 коллег, которые затем были проанализированы. Ответы показали, что медсестры отклонились от протокола из-за высокой рабочей нагрузки и просто забыли промыть капельницу. Все 15 медсестер были осведомлены о протоколе и знали, где его найти.

По результатам опросов и поиска литературы было написано предложение по улучшению.

Проверка - объедините результаты и убедитесь, что в отделении есть база поддержки

Этот шаг состоял в том, чтобы сформулировать предложение по улучшению, основанное на результатах обоих исследований. В нем описывалось, что в конечном итоге должно быть реализовано в отделении и как это можно сделать.

Таблица 2: Результаты

Литературные исследования показали, что нет никакой разницы в развитии осложнений или поддержании периферического внутривенной канюли при промывании один раз в 24 часа по сравнению с двумя промываниями в 24 часа.

Практические исследования показали, что отклонения от промывания канюли два раза в день в большинстве случаев были из-за нехватки времени.

Результаты были обсуждены с руководителями и старшей медсестрой. После этого было сформулированы предложения по улучшению с учетом обоих аспектов.

Определить соответствующий рабочий стандарт в отделении, чтобы промывать капельницу один раз в день, вместо двух. Этот новый стандарт создает меньшее временное давление для медсестер в отделении и так же эффективен, как и нынешний метод работы.

Создать рабочую группу для обеспечения того, чтобы новый стандарт в разработанном протоколе был одобрен общеорганизационной рабочей группой.

Сохранить измененный стандарт работы, например, в электронном файле пациента.

Оценить и обсудить, как обеспечивается качество медицинской помощи, поскольку рабочая нагрузка высока и медсестры склонны отклоняться от текущих протоколов.

Действие-делайте шаги для выполнения плана

Наконец, студентка, чтобы реализовать предложения по проекту в отделении, определила краткий пошаговый план. Она сосредоточилась на адаптации протокола к новому стандарту и внедрении его на практике.

Таблица 3: Пошаговый план

Определите соответствующий рабочий стандарт в отделении	Предложение обсуждается с коллегами в отделении, которые отвечают за протоколы, чтобы увидеть, можно ли внести изменения в протокол.
	Проведите клиническое занятие о проекте, чтобы проинформировать всю команду. Для того чтобы убедить коллег, представьте доказательства в виде фактологического бюллетеня.
	Во время этого клинического занятия: - делитесь мнениями и мыслями среди медсестер, - спросите, кто заинтересован в том, чтобы быть частью рабочей группы, - четко укажите, кто является контактным лицом и что ожидается от коллег по рабочей группе, - заявите о поддержке менеджера.
Создайте рабочую группу	Обсудите, что необходимо в отделении для изменения рабочего стандарта, например, утвержденного общеорганизационной рабочей группой
	Подведите итоги по всем аспектам, которые необходимо изменить, и представьте их на следующем собрании команды.
Сохраните новый стандарт работы	Установите дату внедрения нового метода работы.
	Информируйте коллег и вовлеченные дисциплины.
	Пересмотрите процедуру в электронном файле пациента.
	Упомяните новый метод работы в ежедневных передачах смены.
Оценка	Установите дату для оценки
	Обсудите опыт; что было успешным, а что нет.
	Выясните, был ли новый метод работы полезным для коллег.
	Рабочая группа подводит итоги инвентаризации всех пунктов и составляет план последующих действий.

Обсуждение и заключение: доказательная практика-это то про что все это?

Оглядываясь на студенческий проект, его можно рассматривать как достойный вклад в качество медицинской помощи и в безопасность пациентов. Это оказывает влияние на отделение, и можно суммировать несколько аспектов успеха.

То, что показало:

Доказательная практика или доказательное сестринское дело может быть мелкомасштабным и пригодным для практики,

Студенты могут быть вовлечены в привнесение (новых) знаний в практику,

Лидерство имеет значение и необходимо для того, чтобы привести практику в движение.

И последнее, но не менее важное: “ Начните оттуда, где вы сейчас находитесь, используйте то, что у вас есть и делайте все, что можете”.

Improving evidence-based practice by using students' projects in the hospital

Cornelia van Slochteren

MSc, Lecturer

Hanze University of Applied Sciences Groningen, School of Nursing, The Netherlands

c.l.van.slochteren-kommer@pl.hanze.nl

Abstract

Students can help to increase evidence-based practice in nursing. At the Hanze University of Applied Sciences Groningen in the Netherlands, bachelor nursing students have to do small projects during their internship to improve evidence-based practice. This paper describes an example of students' project in a hospital and how the project results are used to improve nursing practice.

Keywords: *hospital, quality of care, protocols, peripheral intravenous catheter, flushing frequency*

Introduction

The importance of continuously working on quality in healthcare and ensuring patient safety is an important and much discussed topic. Current health indicators such as health status (e.g. ageing population, inequalities in life expectancy) and accessibility of healthcare (financing, availability of health professions as doctors and nursing staff) emphasize the need of a positive attitude towards ongoing quality management including a patient safety culture (OECD, 2018).

According to Braithwaite (2018) healthcare is a complex adaptive system, meaning that systems performance and behaviour changes over time and cannot be completely understood by simply knowing about the individual components. In addition, recent studies show there is a long way ahead to achieve an effective patient safety culture in nursing practice (Farokhzadian, et al., 2018).

Therefore, analysis and ongoing update of clinical practice guidelines and standards is essential. Maintaining quality of care is an important topic, which should be integrated in education. Nursing students can be seen as our future colleagues who will perform care and lead changes and innovations based on their education. What it means for today is that participants learn from best practices, to make a step in their own practice or institution. My quote is "Start where you are, use what you have, do what you can". This will be explained by an example in my own teaching experience of how evidence-based practice can improve by integrating this in projects students do during their practice placement.

Evidence-based practice as topic within the Nursing bachelor program

At the School of Nursing at the Hanze University of Applied Sciences Evidence-Based Practice (evidence-based practice) is an important ongoing part of practice-oriented research within the bachelor curriculum. This topic is integrated in the different assignments students have throughout the four years. The evidence-based practice is structured in successive components, which become more complex every academic year. In the first year, nursing students learn to search for literature, analyse and critically appraise research articles. In the second year, students have various assignments of case studies in which they chose nursing interventions, which must be based on evidence. This means that

students conduct literature reviews on the different topics, to find out what the best evidence is. Furthermore, they learn to apply clinical reasoning based on theory and recent research in theoretical assignments. In the second, third and fourth year of the bachelor program, students have internships in nursing practice. In three semesters, they work in various settings such as homecare, hospitals, psychiatric wards or nursing homes. During the different semesters of practice, students write a case study, identify interventions in practice, and compare these with theory. An important assignment during practice consists of a small-scaled quality improvement project.

In the last year of their bachelor study, students conduct a practice-based research based on a research question from a practice. Reason for this dominating topic in the curriculum is that nurses need evidence-based practice to keep pace with quality improvement in nursing practice during their career. By learning how to apply evidence-based practice during their education, the students are capable of putting this into practice after they have graduated.

Evidence-based practice by students during their internship

In this presentation, I will sketch an example of a quality improvement project that was done by a student during the practice in a hospital last academic year.

For the assignment, a plan was written using Plan Do Check Act method. This method is often referred to as the PDCA cycle or the Deming cycle. This is a continuous procedure of planning, doing, checking and acting. It provides a simple and effective approach for solving problems and managing change, and it is useful for testing improvement measures on a small scale before updating procedures and working methods⁴.

Outline of the situation

The practice of the student took place on the Oncology ward in a middle-sized hospital (381 beds, 1500 staff, and 80 medical specialists) in the Netherlands. The ward has 40 beds with a team of about 30 nurses on vocational and Bachelor level.

Patients that are hospitalized, come to the ward to be diagnosed and undergo surgery and treatment. The average age of patients is 62 - 83 years old and the length of stay in the hospital is approximately 8 days depending on the treatment and diagnosis.

Nearly all patients on the ward have a peripheral intravenous catheter (I.V.) for fluid or medication administration. To encourage mobility of the patient, the I.V. cannula is disconnected during the time that I.V. medication or fluid provision is not needed. If medication is needed again, the I.V. cannula of the patient is connected again and flushed prior to infusion. In some cases if the patient does not need any I.V. medication during the stay, the I.V. cannula is disconnected but maintained to provide direct intravenous access in case of emergencies. Frequent insertion of an I.V. can be stressful and painful for patients; therefore, the I.V. cannula is maintained as long as possible. In that case, the I.V. cannula is flushed several times a day.

Plan - consideration of the project

During the first weeks of practice, the student saw many patients with an I.V.. Therefore, she studied the institution's prescribed protocol of how and how often the I.V. was to be flushed. After a short training on the ward by her mentor, she was able to perform the procedure independently. However,

⁴ See: Mind Tools. (n.d.). Plan-Do-Check-Act (PDCA) Continually Improving, in a Methodical Way.

she decided to practice more and first observe other colleagues how they performed the skill. Therefore, she made a global plan as a preparation for the project.

Observation on the ward
Read protocols
Discuss project with colleagues
Write plan for study

During the observation period she saw that many patients had peripheral intravenous catheter that were disconnected and accessed only intermittently for the administration of medication or fluids.

The protocol of the institution prescribed to flush the intravenous catheter twice per 24 hours with 5ml NaCl 0.9% solution during the dayshift and the evening shift. When flushing the I.V. the procedure must be done sterile to prevent infections. During flushing, there are a number of points for observation, such as: (a) if there is resistance and the I.V. is easily accessible, (b) is the I.V. is still situated in the vein and (c) condition of the I.V. and insertion opening for infection (redness, pain, swelling, phlebitis). The protocol also included documentation of the nursing procedures in the electronic patient file.

However, the student observed that most nurses only performed the flushing of the I.V. once during the both shifts. The times that the I.V. was not flushed was not documented in the patient file. The next question the student asked herself is, whether flushing twice a day is the most effective way to keep the I.V. clear.

The student discussed her observations with her supervisors and agreed to write a project about the topic. The overall aim of the research was to guarantee the quality of care and safety of the patient applying evidence-based practice. Specific goal of the project was to evaluate the protocol about flushing the I.V. and finding evidence for adjusting the protocol.

Do – data collection and analysis

To strengthen the project, the student conducted an anonymous survey among all the nurses in the ward. The purpose of this is to find out what the nurses think about the current protocol and what reason they have to deviate from this. This information was important to know what knowledge and beliefs there were among the nurses on the ward.

Following a research question for literature search, she was using PICO⁵:

- P (problem) peripheral intravenous catheter
- I (intervention) flushing once a day
- C (comparison) flushing twice a day
- (outcome) prevent obstruction and phlebitis

The student formulated the following question: “*Does the flushing of the I.V. once a day prevent obstruction and /or the development of a phlebitis compared to flushing the I.V. twice a day?*”

The literature research was performed by identifying keywords and making a search strategy in several databases. The student outlined the steps that were made to select articles in a flowchart. In the end, three articles were selected by defined inclusion and exclusion criteria including the highest level of evidence. Subsequently, the contents of the research articles was assessed and summed up. The overall conclusion was drawn that flushing an I.V. once a day is as effective as flushing twice a day or even four times a day.

⁵ See: Health (Nursing, Medicine, Allied Health): Search Strategies: Framing the question (PICO)

Table 1: Selected articles for literature review

Keogh, S., Flynn, S., Marsh, N., Mihala, G., Davies, K. & Rickard, C., 2016. Varied flushing frequency and volume to prevent peripheral intravenous catheter failure: a pilot, factorial randomized controlled trial in adult medical-surgical hospital patients [PubMed].
Schreiber, S., Zanchi, C., Ronfani, L., Delise, A., Corberlli, A., Bortoluzzi, R., Taddio, A. & Barbi, E., 2015. Normal saline flushes performed once daily maintain peripheral intravenous catheter patency: a randomised controlled trial [PubMed].
Campbell, C. S., Trojanowski, J. & Ackroyd-Stolarz, A. S., 2005. How Often Should Peripheral Intravenous Catheters in Ambulatory Patients Be Flushed? [Google Scholar].

The survey on the ward provided the response and opinions of 15 colleagues which then were analysed. The answers showed that nurses deviated from the protocol due to high workload and simply forgetting to flush the I.V.. All 15 nurses were aware of the protocol and knew where to find it. With the results of the surveys and the literature search, an improvement proposal was written.

Check – combine outcomes and make sure there is a support base on the ward

The step consisted of formulating an improvement proposal based on outcomes of both researches. It described what should eventually be implemented in the department and how this could be done.

Table 2: Outcomes

The literature research showed that there is no difference in the development of complications or maintenance of the peripheral intravenous catheter when flushing once in 24 hours compared to two flushes in 24 hours
The practical research showed that deviations from flushing the I.V. twice a day in the majority of the cases was due to lack of time.

The outcomes were discussed with the supervisors and the chief nurse. Following an improvement proposal was formulated by taking account of both aspects.

Define an appropriate working standard on the ward, to flushing the I.V. once a day instead of twice. This new standard creates less time pressure for nurses in the department and is as effective as the current working method.

Create a working group to ensure the new standard in a devised protocol is approved by the institution-wide working group.

Safeguard the changed work standard e.g. in the electronic patient file.

Evaluate and discuss how the quality of care is safeguarded, as the workload is high and nurses tend to deviate from ongoing protocols.

Act – make steps to carry out the plan

Finally, the student, to implement the proposal of the project on the ward, defined a concise step-by-step plan. It focused on adapting the protocol to a new standard and implementing this in practice.

Table 3: Step-by-step plan

Define an appropriate working standard on the ward	Proposal is discussed with colleagues in the ward who are in charge of the protocols to see if the change can be made in the protocol.
	Give a clinical lesson about the project to inform the whole team. In order to convince colleagues present the evidence in a fact sheet.
	During this clinical lesson: share opinions and thoughts among the nurses, ask who is interested in being part of a working group, clearly state who the point of contact is and what is expected of the colleagues of the working group,

	- support of manager is stated.
Create a working group	Discuss what is needed on the ward to change the working standard e.g. is approved by the institution-wide working group.
	Sum up all aspects which must be changed and present them during the next team meeting.
Safeguard new work standard	Set a date for introduction of the new working method.
	Inform colleagues and involved disciplines.
	Revise procedure in the electronic patient file.
	Mention new work method in the daily shift handovers.
	Set a date for evaluation.
Evaluate	Discuss experiences; what was successful and what not.
	Find out whether the new working method has been beneficial for colleagues.
	The working group sums up an inventory of all points and draws up a follow-up plan.

Discussion and conclusion: Evidence-based practice - is that what is all about?

Looking back at the student's project it can be seen as an accessible contribution to the quality of care and patient safety. It has impact on the nursing ward and several success aspects can be summed up.

What has shown is:

evidence-based practice or EBN can be small scaled and fit to practice,
 Students can be involved in bringing (new) knowledge to practice,
 Leadership matters and is essential to set practice in motion.

And last but not least: "Start where you are, use what you have, do what you can".

Literature

- Braithwaite J., 2018. Changing how we think about healthcare improvement. *British Medical Journal* 17,361. <https://doi.org/10.1136/bmj.k2014>.
- Farokhzadian, J., Dehghan Nayeri, N. & Borhani, F., 2018. The long way ahead to achieve an effective patient safety culture: challenges perceived by nurses. *BMC Health Services Research* 18, p. 654. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3467-1>.
- Health (Nursing, Medicine, Allied Health): Search Strategies: Framing the question (PICO). (n.d.). Available at: <https://guides.nyu.edu/health/search-strategies>.
- Herron, E.K., Strunk, J.A., 2019. Engagement with Community Partners to Promote and Enhance the Transition of Evidence-Based Nursing From the Classroom to Clinical Practice. *Worldviews Evidence Based Nursing* 16 (3), pp. 249-250. <https://doi.org/10.1111/wvn.12365>.
- Mind Tools. (n.d.). Plan-Do-Check-Act (PDCA) Continually Improving, in a Methodical Way. Available at: https://www.mindtools.com/pages/article/newPPM_89.htm.
- OECD/EU (2016), Health at a Glance: Europe 2016 – State of Health in the EU Cycle, OECD Publishing, Paris. Available at: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264265592-en>.
- Quality Progress. (n.d.). Best Of Back To Basics: The Benefits Of PDCA. Available at: <https://asq.org/quality-progress/articles/best-of-back-to-basics-the-benefits-of-pdca?id=35651815fd2d456f8b5279b151df3e83>.

Мейіргерлік клиникалық тәжірибеде пациенттердің қауіпсіздігін арттыру бойынша үздік тәжірибелер

Сюзанна Телла

PhD, Аға оқытушы,

LAB Қолданбалы ғылымдар университеті, Финляндия, susanna.tella@lab.fi

Эвелина Кивинен

Мейіргер ісі мамандығына жауапты менеджер

LAB Қолданбалы ғылымдар университеті, Финляндия, eveliina.kivinen@lab.fi

Резюме

Пациенттердің қауіпсіздігі – мейіргер ісі студенттерінің оқу кезінде үйренуі тиіс түйінді құзыреттердің бірі. Мейіргер ісі студенттері академиялық және клиникалық жағдайлар арасында ауысу арқылы пациенттердің қауіпсіздігі туралы біледі. Академиялық жағдайда олар пациенттердің қауіпсіздік теорияларын зерттейді, пациенттердің ғылыми негізделген қауіпсіздік дағдыларын жаттықтырады және пациенттердің қауіпсіздігіне оң көзқарас танытуы тиіс. Клиникалық жағдайда мейіргер-студенттер өздерінің және басқалардың жақсы және жаман тәжірибелерінен үйренеді. Осылайша, жағымсыз оқиғалардан аулақ болуды және алдын-алуды үйрену, сонымен қатар зиянды әсерлерді азайту, жалпы алғанда, пациенттердің қауіпсіздігі тәжірибесін көрсете отырып, озық тәжірибелер мен қателіктерден сабақ алу маңызды. Мейіргер ісі студенттерін оқытуды жеңілдету үшін медициналық ұйымдар мен университеттер пациенттердің қауіпсіздігінің ұйымдастырушылық саясатына, стратегиясына, персоналдың құзыреттілігіне және пациенттердің қауіпсіздік мәдениетіне назар аударуы тиіс.

Түйін сөздер: мейіргер ісі студенттері, пациенттердің қауіпсіздігі, денсаулық сақтау

Кіріспе

Тіпті ең жақсы медициналық ұйымдарда пациенттерге зиян келтіретін қателіктер болып тұрады. Денсаулық сақтаудың «біріншіден, зиян келтірмеңіз» алтын ережесін ойласаң да, зардап шеккен пациенттердің саны өте көп. Пациенттердің шамамен 10%-ы қолайсыз оқиғалардан зардап шегеді (DeVries, et al., 2008). Медициналық ұйымдарда пациенттердің қауіпсіздігі туралы мұндай оқиғалардан қашып құтыла алмаймыз (Vincent, 2010). Медициналық ұйымдар - бұл күрделі бейімделме жүйелер, медицина қызметкерлерінің іс-әрекеттері өзара байланысты динамикалық өзара әрекеттесу желілері. Қандай да бір күтім процесіндегі өзгерістер басқа көмек көрсету процесінде және пациентті емдеу қате болуы мүмкін жағдайларда өзгерістерге әкелуі мүмкін. Денсаулық сақтаудың күрделілігінен басқа, адам факторы пациенттерге күтім жасауда қателіктерге бейім (Vincent, 2010). Осылайша, мейіргерлік білім беру денсаулық сақтау жүйесінің күрделілігі мен адам факторын ескере отырып жасалуы тиіс. Пациенттердің қауіпсіздігіне бағытталған ғылыми негізделген оқу бағдарламалары қауіпсіз күтім мен денсаулық сақтау үшін өте маңызды.

Мейіргерлік білім берудегі пациенттердің қауіпсіздігі

Пациенттің қауіпсіздігін пациенттің қателіктер немесе жазатайым оқиғалардан туындаған жарақаттардан еркіндігі ретінде анықтауға болады (Kohn, et al., 2000). Пациенттің қауіпсіздігін күтпеген жағдайлар немесе қауіптер туындаған кезде пациент үшін қауіпті азайту ретінде де анықтауға болады (ДДСҰ, 2009) және пациенттердің қауіпсіздігіне қатысты оқиғалардың алдын алу және пациенттердің қауіпсіздігі оқиғасынан кейін жақсарту болып табылады (Vincent, 2010). Қателерді азайту керек, бірақ оларды толығымен болдырмау мүмкін емес. Бұл Мейіргер ісі студенттеріне қиын болуы мүмкін, әсіресе клиникалық орналастыру кезінде пациенттердің қауіпсіздігіне қатысты алғашқы оқиғаларға тап болған кезде. Осылайша, зардап шеккен пациенттер, сондай-ақ пациенттердің қауіпсіздігі оқиғаларына қатысатын қызметкерлер мен студенттер - «екінші құрбандар» қамқорлыққа мұқтаж (Vincent, 2010).

Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының Пациенттердің қауіпсіздігі бойынша мультикәсіптік оқу құралы (ДДСҰ, 2011) пациенттердің қауіпсіздігін мейіргер ісінің оқу бағдарламаларына енгізу бойынша жан-жақты нұсқаулық ұсынады. ДДСҰ-ның оқу құралында мейіргер ісіне оқыту пациентке бағытталған күтімді, нақты қарым-қатынасты, тиімді топтық жұмысты, жүйелік тәсілдерді, қолайсыз жағдайларды алдын-алуды, қателіктерге қарап үйренуді және оқыту негізінде ғылыми негізделген өзгерістерді қабылдауды қамтиды деп күтілуде. Пациенттердің қауіпсіздігі – мейіргер ісі студенттерінің оқу кезінде үйренуі тиіс түйінді құзыреттердің бірі. Мейіргер ісі студенттері академиялық және клиникалық жағдайлар арасында ауысу арқылы пациенттердің қауіпсіздігі туралы біледі. Академиялық жағдайда олар пациенттердің қауіпсіздік теорияларын зерттейді, пациенттердің ғылыми негізделген қауіпсіздік дағдыларын жаттықтырады және пациенттердің қауіпсіздігіне оң көзқарас танытуы тиіс. Әдебиеттерге шолу бойынша (Tella, et al., 2014) мейіргер-студенттерге пациенттердің қауіпсіздігін оқыту қателіктерді көріп үйренумен, жауапты жеке және кәсіпаралық топтық жұмыстармен, қиын жағдайда алдын-алу іс-әрекеттерін үйретумен және пациенттердің қауіпсіздігіне бағытталған күтімді қабылдаумен байланысты. Қолданылатын оқыту және үйрету әдістері бірнеше әдістердің үйлесімін қамтиды. Пациенттердің қауіпсіздігін оқытудың ғылыми негізделген әдістерінің, мысалы, имитациялық оқытудың болуы маңызды. Сонымен қатар, пациенттердің қауіпсіздігі саласындағы құзыреттілікті одан әрі қалыптастыру үшін ең үздік әдістер логикалық тәртіпте орналасуы керек (Tella, et al., 2014). Мейіргер ісі студенттері пациенттердің қауіпсіздігін қамтамасыз етудегі өз рөліне сезімтал болып көрінеді. Мұғалімдер мен тәлімгерлердің оларды қолдауы және талқылау мен ойлау үшін қауіпсіз ортаны қамтамасыз етуі маңызды.

Клиникалық жағдайларда мейіргер ісі студенттері өз тәжірибелерінен және басқа медицина қызметкерлерінің тәжірибесінен үйренеді. Мейіргер ісі студенттері қолайсыз оқиғалардан қалай аулақ болу және оларды алдын-алуды және қолайсыз оқиғалардан кейін жағдайды қалай жақсартуға болатындығын үйренуі тиіс. Мейіргер ісі студенттеріне жақсы білім алуға көмектесу үшін оқу ортасы айыптаулардан қорықпай өзінің жіберген қателігін қауіпсіз анықтауға мүмкіндік беретін қолайлы оқу орта болуы тиіс (Tella, et al., 2014).

Талқылау

Жалпы, пациенттердің қауіпсіздігі тәжірибесін көрсету арқылы озық практикалар мен қателіктерден сабақ алу тұрақты және жан-жақты оқуды қамтамасыз етудің маңызды құзыреттілігі болып табылады. Мейіргер ісі студенттері оқытуды жеңілдету үшін медициналық ұйымдар мен университеттер саясатқа, стратегияға, персоналдың құзыреттілігіне және пациенттердің қауіпсіздік мәдениетіне назар аударуы керек.

Қорытынды

Пациенттердің қауіпсіздігі ғылыми негізделген оқытуына ықпал ету үшін медициналық ұйымдар мен медициналық білім беруді қолданатын пациенттер қауіпсіздігінің ұлттық стратегиясының болуы маңызды.

Лучшие практики по повышению безопасности пациентов в сестринской клинической практике

Сюзанна Телла

PhD, Старший Преподаватель

Университет прикладных наук LAB, Финляндия, susanna.tella@lab.fi

Эвелина Кивинен

Менеджер ответственный по специальности сестринское дело

Университет прикладных наук LAB, Финляндия, eveliina.kivinen@lab.fi

Резюме

Безопасность пациентов - это одна из ключевых компетенций, которую студенты сестринского дела должны усвоить во время обучения. Студенты сестринского дела узнают о безопасности пациентов, перемещаясь между академическими и клиническими условиями. В академических условиях, они изучают теории безопасности пациентов, тренируют доказательные навыки безопасности пациентов и должны демонстрировать позитивное отношение к безопасности пациентов. В клинических условиях, студенты сестринского дела учатся на собственном и чужом хорошем и плохом опыте. Таким образом, важно научиться избегать и предотвращать неблагоприятные события, а также уменьшить вредные последствия, и в целом, учиться на передовой практике и ошибках, отображая опыт безопасности пациентов. Чтобы облегчить обучение студентов сестринского дела, медицинские организации и университеты должны уделять внимание организационной политике безопасности пациентов, стратегии, компетентности персонала и культуре безопасности пациентов.

Ключевые слова: студенты сестринского дела, безопасность пациентов, здравоохранение

Введение

Даже в лучших медицинских организациях существуют ошибки, наносящие возможный вред пациентам. Думая о золотом правиле здравоохранения “во-первых, не навреди”, число пострадавших пациентов довольно велико. Около 10% пациентов страдают от неблагоприятных событий (DeVries, et al., 2008). Такие инциденты с безопасностью пациентов неизбежны в медицинских организациях (Vincent, 2010). Медицинские организации - это сложные адаптивные системы, динамические сети взаимодействий, в которых действия медицинских работников взаимосвязаны. Изменения в каком-то процессе ухода может привести к изменениям в процессе оказания другой помощи и в условиях, в которых лечение пациента может быть ошибочным. Помимо сложности здравоохранения, человеческий фактор

предрасполагает к ошибкам в уходе за пациентами (Vincent, 2010). Таким образом, сестринское образование должно разрабатываться с учетом сложности системы здравоохранения и человеческого фактора. Доказательные учебные программы, ориентированные на безопасность пациентов, жизненно важны для более безопасного ухода и здравоохранения.

Безопасность пациентов в сестринском образовании

Безопасность пациента может быть определена как свобода пациента от травм, вызванных ошибками или несчастными случаями (Kohn, et al., 2000). Безопасность пациента также может быть определена как минимизация риска для пациента в случае непредвиденных ситуаций или опасностей (ВОЗ, 2009) и предотвращение инцидентов, связанных с безопасностью пациентов и улучшение после инцидента безопасности пациента (Vincent, 2010). Ошибки должны быть сведены к минимуму, но полностью избежать их невозможно. Это может быть трудно для студентов сестринского дела, особенно когда они сталкиваются с первыми инцидентами, связанными с безопасностью пациентов во время их клинической практики. Таким образом, пострадавшие пациенты, а также сотрудники и студенты, участвующие в инцидентах с безопасностью пациентов, "вторые жертвы", нуждаются в заботе (Vincent, 2010).

Мультипрофессиональное учебное пособие по безопасности пациентов Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ, 2011) предоставляет всеобъемлющее руководство по внедрению безопасности пациентов в учебные программы сестринского дела. В учебном пособии ВОЗ, обучение сестринскому делу, как ожидается, будет включать изучение ухода, ориентированного на пациента, четкую коммуникацию, эффективную командную работу, системные подходы, предотвращение неблагоприятных явлений, обучение на ошибках и принятие научно обоснованных изменений на основе обучения. Безопасность пациентов - это одна из ключевых компетенций, которую студенты-медсестры должны изучить во время обучения. Студенты сестринского дела узнают о безопасности пациентов, перемещаясь между академическими и клиническими условиями. В академических условиях они изучают теорию безопасности пациентов, тренируют доказательные навыки безопасности пациентов и должны демонстрировать позитивное отношение к безопасности пациентов. Согласно обзору литературы (Tella, et al., 2014), обучение студентов сестринского дела безопасности пациентов связано с обучением на ошибках, обучением ответственной индивидуальной и межпрофессиональной командной работе, обучением профилактическим действиям в сложных условиях и принятием ухода, ориентированного на безопасность пациентов. Используемые методы преподавания и обучения включали в себя сочетание нескольких методов. Важно иметь доказательные методы обучения безопасности пациентов, такие как имитационное обучение. Кроме того, наилучшие методы должны быть расположены в логическом порядке для дальнейшего построения компетентности в области безопасности пациентов (Tella, et al., 2014). Студенты сестринского дела, похоже, чувствительны к своей собственной роли в обеспечении безопасности пациентов. Важно, чтобы педагоги и наставники поддерживали их и обеспечивали безопасную среду для обсуждения и размышлений.

В клинических условиях студенты сестринского дела учатся на собственном опыте и опыте других медицинских работников. Студенты сестринского дела должны научиться тому, как избегать и предотвращать неблагоприятные события и как улучшить состояние после неблагоприятных событий. Чтобы помочь студентам сестринского дела учиться наилучшим образом, учебная среда должна быть благоприятной учебной средой, которая дает возможность безопасно выявить допущенную ошибку, не боясь обвинений (Tella, et al., 2014).

Обсуждение

В целом, извлечение уроков из передовой практики и ошибок путем отображения опыта безопасности пациентов является важной компетенцией для обеспечения постоянного и всестороннего обучения. Чтобы облегчить обучение студентов сестринского дела, медицинские организации и университеты должны уделять внимание политике, стратегии, компетентности персонала и культуре безопасности пациентов.

Заключение

Для содействия доказательному обучению безопасности пациентов важно иметь национальную стратегию безопасности пациентов, которой следуют медицинские организации и медицинское образование.

Best practices enhancing patient safety in nursing clinical practice

Susanna Tella

PhD, Senior Lecturer

LAB University of Applied Sciences, Finland, susanna.tella@lab.fi

Eveliina Kivinen

Degree manager

LAB University of Applied Sciences, Finland, eveliina.kivinen@lab.fi

Abstract

Patient safety is one of the key competencies that nursing students need to learn during their education. Nursing students learn about patient safety by moving between academic and clinical settings. In academic settings, they learn patient safety theories, train evidence-based patient safety skills and need to show affirmative attitudes towards patient safety. In clinical settings, nursing students learn from their own and other care providers' good and bad experiences. Thus, it is important to learn avoid and prevent adverse events, and ameliorate harmful consequences, and overall, learn from good practices and errors by reflecting the patient safety experiences. To facilitate nursing students learning, healthcare organizations and universities need to pay attention in organisational patient safety policy, strategy, competence of staff members and patient safety culture.

Key words: *nursing students, patient safety, healthcare*

Introduction

Even in best healthcare organizations errors exist causing possible harm for patients. Thinking about the golden rule of healthcare 'first, do no harm' the number of harmed patients is quite high. About 10 percent of patients suffer from adverse events (DeVries, et al., 2008). Such patient safety incidents are inevitable in healthcare organizations (Vincent, 2010). The healthcare organizations are complex adaptive systems, dynamic networks of interactions, where care providers actions are interrelated.

Changes in some care process, may cause changes in another care process and environment laying a patient's treatment open for errors. In addition to complexity of healthcare, human factors predispose patient care for errors (Vincent 2010). Thus, nursing education need to be designed having the complexity of healthcare system and human factors in mind. Evidence-based patient safety centred curricula is vital for safer nursing and healthcare.

Patient safety in nursing education

Patient safety can be defined as patient's freedom from injury caused by errors or accidents (Kohn, et al., 2000). Patient safety can also be defined as minimizing a patient's risk for near misses or hazards (WHO, 2009) and avoidance of patient safety incidents and amelioration after a patient safety incident (Vincent, 2010). Errors must be minimized but cannot be totally avoided. This can be hard for nursing students, especially when they face the first patient safety incidents during their clinical placements. Thus, harmed patients, but also staff members and students involved in patient safety incidents, the 'second victims', need to be taken care of (Vincent, 2010).

World Health Organization's (WHO, 2011) Multi-professional Patient Safety Curriculum Guide provides comprehensive guidance on how to embed patient safety in nursing curricula. In the WHO curriculum guide, nursing education is expected to include learning of patient-centred care, clear communication, effective team-working, systems-based approaches, prevention of adverse events, learning from errors and adoption of evidence-based changes based on learning.

Patient safety is one of the key competencies that nursing students need to learn during their education. Nursing students learn about patient safety by moving between academic and clinical settings. In academic settings, they learn patient safety theory, train evidence-based patient safety skills and need to show affirmative attitudes towards patient safety. According a literature review (Tella, et al., 2014), nursing students learning about patient safety is related to learning from errors, learning responsible individual and interprofessional team working, training anticipatory action in complex environments, and adopting patient safety-centred nursing. The teaching and learning methods used included combining multiple methods. It is important to have evidence-based methods for patient safety education such as simulation education. In addition, the best methods need to be in logical order for continuing construction of patient safety competence (Tella, et al., 2014). Nursing students seem to have sensitivity to their own role in securing patient safety. It is important that educators and mentors support them and provide a safe environment for discussion and reflection.

In clinical settings, nursing students learn from their own and other care providers' experiences. Nursing students need to learn how to avoid and prevent adverse events and how to ameliorate after adverse events. To help nursing students learn the best possible way, the learning environment is expected to be supportive learning environment where it is possible to reveal making of an error safely without fear of blaming. (Tella, et al., 2014).

Discussion

Overall, learning from good practices and errors by reflecting the patient safety experiences is essential competence to secure constant and comprehensive learning. To facilitate nursing students learning, healthcare organisations and universities need to pay attention for organisational patient safety policy, strategy, competence of staff members and patient safety culture.

Conclusion

To facilitate evidence-based patient safety education, it is important to have a national level patient safety strategy that is followed in healthcare organizations and in healthcare education.

Literature

- de Vries, E.N., Ramrattan, M.A., Smorenburg, S.M., Gouma, D.J. & Boermeester, M.A., 2008. The incidence and nature of in-hospital adverse events: A systematic review. *Quality and Safety in Health Care*, 17, pp. 216-223.
- Kohn, L.T., Corrigan, J.M. & Donaldson, M.S., 2000. *To err is human: Building a safer health system*. Washington, DC. National Academy Press.
- Tella, S., Liukka, M., Jamookeeah, D., Smith, N.-J., Partanen, P. & Turunen, H., 2014. What Do Nursing Students Learn About Patient Safety? An Integrative Literature Review. *Journal of Nursing Education*, 53(1), pp. 7–13.
- Vincent, C., 2010. *Patient safety*. 2nd edition. Chichester: John Wiley and sons.
- World Health Organization (WHO)., 2009. *More than words. Conceptual framework for the international classification for patient safety. Version 1.1. Technical report January 2009*. World Health Organization.
- World Health Organization (WHO)., 2011. *Patient safety curriculum guide: Multi-professional edition*. World Health Organization.

Дәлелдерге негізделген мейіргерлік клиникалық тәжірибе үшін жағымды ұйымдастырушылық мәдениетті қалай құруға болады?

Ханна Хопия

PhD, Доцент (мейіргер ісі), Ювяскюля қолданбалы ғылымдар университетінің Аға оқытушысы, Финляндия hanna.hopia@jamk.fi

Түйіндеме

Ұйымдастырушылық мәдениеттің ерекшеліктері дәлелді мейіргерлік клиникалық тәжірибеге және оны жүзеге асыруға әсер етеді деп айтылған. Осылайша, әртүрлі медициналық мекемелерде пациенттерге күтім жасаудың оң мәдениетін қалыптастыруға ықпал ететін дәлелді мәліметтерге сүйенетін негізгі факторларды тану өте маңызды. Бұл мақалада соңғы зерттеулерге негізделген осындай негізгі ерекшеліктер берілген. Бұл мақаланың мақсаты-дәлелді мейіргер ісін сәтті және тиімді енгізуге әсер ететін факторларды талқылау.

Түйінді сөздер: ұйымдастыру мәдениеті, дәлелді мейіргерлік клиникалық тәжірибе, қолданысқа енгізу

Кіріспе

Ұйымдастырушылық мәдениет дегеніміз не? Жұмыс орнында пациенттерге күтім жасаудың оң дәлелді клиникалық мәдениетін қалай құруға болады? Сонымен қатар, жұмыс орнындағы жағымды мәдениеттің маңызды элементтері қандай? Бұл сұрақтарға көптеген жауаптар бар, олардың кейбіреулері күрделі және өте терең, ал кейбіреулері қарапайым. Алайда, ұйымдастырушылық мәдениет және онымен байланысты факторлар мейіргердің ғылыми негізделген клиникалық араласуының тәжірибеге қаншалықты сәтті ауысуына және оның қаншалықты тұрақты болуына үлкен әсер етеді. Бұл мақаланың мақсаты- “Дәлелді мейірбике ісін жүзеге асыруға қажетті оң ұйымдастырушылық мәдениетке қандай факторлар әсер етеді?” деген сұраққа жауап табу.

Ұйымдастырушылық мәдениет

Ұйымдастырушылық мәдениет қызметкерлер мен жұмыс берушілердің белгілі бір тобы бағалайтын және бөлісетін сенім, құндылықтар, қағидалар мен үміттерден тұратыны анық. Алайда Davies және Mannion (2013) ұйымдастырушылық мәдениеттің анықтамасы күрделі мәселе екенін айтады, сәйкесінше әртүрлі және қарама – қайшы анықтамаларды кездестіруге болады. Олар әртүрлі анықтамаларды атап өтті, оларға сәйкес ұйымдастырушылық мәдениет кәсіби топтар бөлісетін құндылықтардан, нанымдардан және болжамдардан тұрады. Ойлаудың бұл жалпы тәсілдері ұйымда қайталанатын, сақталатын және берілетін мінез-құлық пен қарым-қатынас заңдылықтарын қалыптастырады. (Davies & Mannion, 2013; Davies & Mannion, 2018). Ұйымдастырушылық мәдениет келесі мәселелерді қамтиды деп болжанады: оқиғалар қалай ұйымдастырылған және тапсырмалар қалай орындалады, әртүрлі тапсырмалар мен проблемалар қалай талқыланады, негізделеді және фондық режимде қандай бастапқы алғышарттар қолданылады (Davies & Mannion, 2013). Ірі ұйымдарда бір ғана ұйымдастырушылық мәдениет емес, сонымен қатар көптеген субмәдениеттер бар екенін айта кету керек. Мұндай субмәдениеттер, мысалы, бірліктер мен басшылар деңгейінде, сондай-ақ әртүрлі медициналық мамандықтар немесе кәсіби топтар арасында болуы мүмкін (Hahtela, et al., 2013). Әрбір

субмәдениет өзгерістерді ілгерілетуі немесе жұмыс орнындағы сапа бастамалары сияқты өзгерістерге кедергі келтіруі мүмкін ((Davies & Mannion, 2013; Li, et al., 2018).

Ұйымдастырушылық ерекшеліктер дәлелді клиникалық тәжірибені енгізуге шешуші әсер етеді. Көптеген зерттеушілер тиімді көшбасшылық, фасилитаторларды пайдалану, жақсы қарым – қатынас, қуатты құрылым, іске асыру модельдерін пайдалану, жеткілікті ресурстар, тұрақты бағалау және оң кері байланыс сияқты ерекшеліктер фактілерге негізделген тәжірибенің сәтті енгізілуі мен тұрақтылығын анықтайтын негізгі факторлар болып табылады деп атап өткен (Zijpp van der, et al., 2016; Melnyk, et al., 2017; Li, et al., 2018). Алайда, академиялық қауымдастықтар ең жақсы ғылыми негізделген клиникалық тәжірибелерді енгізу үшін қандай функциялар маңызды екендігі туралы толық келісімге келе алмады (Li, et al., 2018).

Мейіргерлік ғылыми негізделген клиникалық тәжірибенің ұйымдастырушылық мәдениетіне әсер ететін факторлары

Li, et al. (2018) медициналық мекемелерде дәлелді тәжірибелерді енгізуге әсер ететін ұйымдастырушылық контекстік сипаттамаларға жүйелі интеграциялық шолу жүргізді. Зерттеу тобы ұйымда дәлелді тәжірибені енгізуге әсер ету үшін өзара байланысты және синергетикалық жұмыс істейтін алты функцияны анықтады. Барлық осы ерекшеліктерді мейірбикелік дәлелді клиникалық тәжірибе үшін жағымды ұйымдастырушылық мәдениетті құруға көмектесетін факторлар ретінде қарастыруға болады. Ерекшеліктердің бірі - бұл инновацияны сынауға дайын, ендіру процесінде бір-бірін қолдайтын және шығармашылықпен айналысатын, сонымен қатар тиімді жұмыс істейтін қызметкерлерден тұратын ұйымдастырушылық мәдениет. (Li, et al., 2018.) Тағы бір ерекшелігі - қызметкерлердің жұмыстағы қарым-қатынасы жақсы және олар нақты, тиімді сөйлесе алуы. Сондай-ақ, олар іске асыру процесінде проблемаларды бірге шеше алу мүмкіндігіне ие болуы керек (Li, et al., 2018).

Командалық жұмысты қолдану әсіресе, көп салалы командаларды қолдану дәлелді мейірбике ісін (Li, et al., 2018) жүзеге асыруда тиімді деп санауға болады. Zijpp van der, et al. (2016) дәлелді тәжірибенің фасилитаторлары мен басшылары арасындағы қарым-қатынас жақсы жұмыс істеуі керек және жаңа тәжірибелер мен араласуларды сәтті жүзеге асыру үшін екіжақты болуы керек екенін баса айтты. Фасилитаторлық мейіргерлерді қолдану күрделі мейіргерлік араласулар туралы ақпаратты таратудың тиімді әдісі ретінде ұсынылады (Shade, et al., 2020). Сонымен қатар, Li, et al. (2018) кері байланыс құралдарын жоспарлауды ұсынады, өйткені олар қызметкерлердің қатысуын сақтай отырып, іске асыру процесіне көмектеседі. Сондай-ақ, егер қызметкерлер үнемі байланыста болса және өзгерістерді бақылайтын болса, уақыт өте келе дәлелді клиникалық тәжірибесі бар мейіргерлерді сақтау мүмкіндігі артады (Li, et al., 2018).

Li, et al. (2018) жаңа білім мен дәлелдер беретін және жаңа іске асыру бастамаларында негізгі әсер етушілер ретінде әрекет ететін денсаулық сақтау басшылары ғылыми негізделген мейіргер ісінің сәтті жүзеге асырылуына әсер ететінін анықтады. Атап айтқанда, көшбасшылықтың трансформациялық стилі қызметкерлер арасында командалық жұмыстың нақты рөлдері мен тиімді құрылымдарын жасайды және осылайша Денсаулық сақтау ұйымдарындағы оқыту мәдениетін арттырады (Li, et al., 2018). Сонымен қатар, көшбасшылар өзгерістерге деген құлшынысын білдіріп, қатысып, қолдау көрсетуі керек, өзгерістер туралы қызметкерлерден кері байланыс сұрауға дайын екенін көрсетуі керек. Бір қызығы, көшбасшылар мен олардың көшбасшылық стильдері жұмыс орнының мәдениетіне әсер етеді, бұл медицина қызметкерлерінің қол жетімді ең жақсы деректерді іс жүзінде қолдануына әсер етуі мүмкін. Жеке көшбасшылардың іс-әрекеттері мен мінез-құлқы іске асыру процесіне айтарлықтай әсер етуі

мүмкін. (мысалы, Zijpp van der, et al., 2016; Melnyk, et al., 2017; Li, et al., 2018). Бұдан басқа, барлық деңгейдегі ұйымдар басшыларының қатысуы Zijpp van der және басқалар (2017) өзінің жүйелі интегралдық шолуында анықтағандай енгізу барысына (немесе прогрестің болмауына) әсер етеді. Олар сондай-ақ басқарудың әртүрлі деңгейлері арасындағы ынтымақтастықтың болмауы іске асыру прогресіне кедергі келтіруі мүмкін үйкеліс тудыратынын көрсетеді (Zijpp van der, et al., 2017).

Li және соавторлар (2018) медициналық мекемелерге жаңа деректерді енгізу кезінде ресурстардың әртүрлі түрлерін мұқият қарастырған жөн. Мысалы, қызметкерлер жаңа тәжірибені енгізуге жақсы оқытылуы керек, сонымен қатар іс жүзінде жаңа іс-шараларды жоспарлауға және іске асыруға жеткілікті уақыт болуы керек. Mathieson және соавторлар (2018) өздерінің шолуларында осы көзқарасты ұстанады, онда оқыту және қызметкерлерді үздіксіз оқыту сәтті іске асыру процесінде маңызды әрекеттер болып табылады деп айтылған.

Талқылау

Мейіргерлік дәлелді клиникалық тәжірибені сәтті енгізуге әсер ететін ерекшеліктер туралы көптеген зерттеулер табуға болады. Сонымен қатар, ғылыми тұрғыдан алғанда, дәлелдерді мейіргерлік тәжірибеде қалай қолдану керектігі белгілі. Зерттеушілер, менеджерлер мен мейіргерлер барлық ғылыми білімді әртүрлі медициналық мекемелерде мейірбикелік дәлелді клиникалық тәжірибені жақсарту үшін пайдалы ақпарат пен шешімдерге қалай аударатыны үлкен мәселе болып қала береді. Шешуші сәт - пациенттердің дәлелді күтіміне ықпал ететін және кедергі келтіретін факторларды зерттеудің бар нәтижелерімен танысу және оларды әріптестерімен, басшылармен және басқа да маңызды медициналық қызметкерлермен талқылау. Сонымен қатар, дәлелді тәжірибенің әртүрлі модельдері дәлелді көмекті жүзеге асыруды жақсарту алатындығын және ұйымдық мәдениетті ғылыми негізделген күтімге қарай жақындататынын атап өткен жөн, сондықтан әрі қарай қарастыруға лайық (Melnyk, et al., 2017). Тағы бір маңызды мәселе - медициналық мекемелерде мейіргерлік дәлелді клиникалық тәжірибені енгізу стратегиясы болуы керек, сондықтан мейіргерлер басшылары, фасилитатор мейіргерлері мен мейіргерлер болашаққа дәлелдерге негізделген жоғары сапалы күтім және оны сәтті жүзеге асыру туралы көзқарасқа ие бола алады.

Қорытынды

Іс жүзіндегі дәлелді мейіргерлік тәжірибенің жағымды мәдениетін қалыптастыру процесі бүкіл команданың өз үлесін қосуын талап етеді. Бұл іс жүзінде дәлелдемелерді жоспарлау және қолдану кезінде бірнеше ерекшеліктерді ескеру қажеттігіне байланысты. Жұмыс орнындағы инновациялар мен бастамаларға қатысты жағымды мәдениет қызметкерлерді жаңа араласу шараларына үйрету және оларға жаңа білімді іс-әрекетке айналдыруға жеткілікті уақыт бөлумен бірдей маңызға ие. Сонымен қатар, менеджерлер де, мейіргер ісі де дәлелді клиникалық тәжірибені қамтамасыз етуде және жетілдіруде маңызды рөл атқарады. Командалық жұмыс және қызметкерлер арасындағы жақсы қарым-қатынас та шешуші факторлар болып табылады. Көптеген зерттеулер сәтті іске асыру процесінің ұйымдастырушылық ерекшеліктері туралы мәселені көтерсе де, қызметкердің уәждемесі, оның қабілеттері мен жұмыстағы дамуы мен оқудағы артықшылықтары сияқты жеке факторларды бағаламауға болмайды. Бұл элементтер ұйымдастырушылық ерекшеліктерімен қатар сәтті жүзеге асыруды және тұрақты мейіргерлік дәлелді клиникалық тәжірибені қамтамасыз етеді. Diffin және соавторлар (2018) тәжірибеге кешенді араласуды енгізу кезінде ұйымдастырушылық контекстті бағалау өте маңызды, сонымен

қатар тәжірибелі мамандардың жаңа енгізуді қолдануға деген ынтасын сақтауға қатысты жоспары бар болуы да маңызды деп атап өтті.

Как создать позитивную организационную культуру для доказательной сестринской клинической практики?

Ханна Хопия

PhD, Доцент (медсестринское дело), Старший преподаватель
Университет прикладных наук Ювяскюля, Финляндия, hanna.hopia@jamk.fi

Резюме

Сообщалось, что особенности организационной культуры влияют на доказательную сестринскую клиническую практику и ее реализацию. Таким образом, очень важно признать фундаментальные факторы, которые способствуют формированию позитивной культуры ухода за пациентами, основанного на доказательствах, в различных медицинских учреждениях. В этой статье представлены такие ключевые особенности, основанные на последних исследованиях. Цель данной статьи – поднять обсуждение факторов, влияющих на успешное и эффективное внедрение доказательного сестринского дела.

Ключевые слова: организационная культура, доказательная сестринская клиническая практика, внедрение

Введение

Что такое организационная культура? Как создать на рабочем месте позитивную культуру к доказательной сестринской практике? Более того, каковы наиболее важные элементы позитивной культуры на рабочем месте? Ответов на эти вопросы много, некоторые из них сложные и очень глубокие, а некоторые более простые. Тем не менее, организационная культура и связанные с ней факторы имеют большое влияние на то, насколько успешно доказательное сестринское клиническое вмешательство трансформируется в практику и насколько оно устойчиво. Цель данной статьи – найти ответ на вопрос: какие факторы влияют на положительную организационную культуру, которая необходима при внедрении доказательного сестринского дела?

Организационная культура

Очевидно, что организационная культура состоит из убеждений, ценностей, принципов и ожиданий, которые ценятся и разделяются определенной группой сотрудников и работодателей. Однако Davies и Mannion (2013) заявляют, что определение организационной культуры – сложный вопрос, соответственно можно найти разные и противоречивые определения. Они отметили различные определения, согласно которым организационная культура состоит из ценностей, убеждений и предположений, разделяемых профессиональными группами. Эти общие способы мышления формируют поведенческие и коммуникативные паттерны, которые повторяются, поддерживаются и передаются в организации. (Davies & Mannion, 2013; Davies & Mannion, 2018). Предполагается, что организационная культура

охватывает такие вопросы: как организованы события и как выполняются задачи, как обсуждаются и обосновываются различные задачи и проблемы, и какие исходные предпосылки используются в фоновом режиме (Davies & Mannion, 2013). Стоит отметить, что в крупных организациях существует не только одна организационная культура, но и множество субкультур. Такие субкультуры могут существовать, например, на уровне единиц и руководителей, а также среди различных медицинских специальностей или профессиональных групп (Hahtela, et al., 2013). Каждая субкультура может либо продвигать вперед, либо препятствовать изменениям, таким как инициативы по повышению качества, на рабочем месте (Mannion & Davies, 2013; Li, et al., 2018).

Организационные особенности имеют решающее влияние на внедрение доказательной клинической практики. Многие исследователи подчеркивают, что такие особенности, как эффективное руководство, использование фасилитаторов, хорошее общение, мощная структура, использование моделей реализации, адекватные ресурсы, постоянная оценка и положительная обратная связь – являются ключевыми факторами, определяющими успешное внедрение и устойчивость практики, основанной на доказательствах (Zijpp van der, et al., 2016; Melnyk, et al., 2017; Li, et al., 2018). Однако академические сообщества не достигли полного консенсуса в отношении того, какие функции являются наиболее важными для внедрения наилучших возможных научно-обоснованных клинических практик (Li, et al., 2018).

Факторы, влияющие на организационную культуру медсестринской доказательной клинической практики

Li, et al. (2018) провели систематический интеграционный обзор организационных контекстных характеристик, которые влияют на внедрение доказательных практик в медицинских учреждениях. Исследовательская группа обнаружила шесть функций, которые взаимосвязаны и работают синергетически, чтобы повлиять на внедрение научно обоснованных практик в организации. Все эти особенности можно рассматривать как факторы, которые помогают создать положительную организационную культуру для медсестринской доказательной клинической практики. Одной из особенностей является организационная культура, состоящая из сотрудников, которые открыты для испытания инноваций, поддерживают друг друга в процессе внедрения и проявляют творческий подход, но при этом работают эффективно. (Li, et al., 2018) Еще одна особенность заключается в том, что у сотрудников хорошие рабочие отношения, и они могут общаться четко и эффективно. Им также необходимо иметь возможность решать проблемы вместе в процессе реализации (Li, et al., 2018).

Применение командной работы и особенно использование мультидисциплинарных команд можно считать эффективным при внедрении доказательного сестринского дела (Li, et al., 2018). Zijpp van der, et al. (2016) подчеркивают, что отношения между фасилитаторами доказательной практики и руководителями должны хорошо работать и быть взаимными, чтобы способствовать успешному внедрению новых практик и вмешательств. Использование медсестер-фасилитаторов представляется эффективным способом распространения информации о сложных медсестринских вмешательствах (Shade, et al., 2020). Кроме того, Li, et al. (2018) рекомендуют планировать соответствующие инструменты обратной связи, поскольку они помогают процессу внедрения, сохраняя вовлеченность персонала. Также стоит упомянуть, что если персонал будет постоянно поддерживать связь и отслеживать изменения, вероятность устойчивости доказательной сестринской клинической практики с течением времени будет увеличиваться (Li, et al., 2018).

Li, et al. (2018) выяснили, что руководители здравоохранения, которые предоставляют новые знания и доказательства и действуют как ключевые влиятельные лица в новых инициативах по реализации, влияют на успешное внедрение доказательного сестринского дела. В частности, преобразующий стиль лидерства создает четкие роли и эффективные структуры командной работы среди сотрудников и, таким образом, повышает культуру обучения в организациях здравоохранения (Ли и соавт., 2018). Более того, лидеры должны выражать энтузиазм по поводу изменений, присутствовать и поддерживать, а также демонстрировать готовность запрашивать отзывы у персонала относительно изменений. Примечательно, что лидеры и их стили лидерства влияют на культуру рабочего места, что может повлиять на то, как медперсонал использует на практике наилучшие имеющиеся доказательные данные. Действия и поведение отдельных лидеров также могут иметь значительное влияние на ход процесса реализации. (Zijpp van der, et al., 2017; Li et al., 2018.). Кроме того, участие руководителей организаций всех уровней влияет на ход (или на отсутствие прогресса) внедрения, как Zijpp van der, et al. (2017) выявили в своем систематическом интегральном обзоре. Они также указывают на то, что отсутствие сотрудничества между различными уровнями управления вызывает трения, которые могут препятствовать прогрессу реализации (Zijpp van der, et al., 2017).

Согласно Li, et al., (2018) следует внимательно рассматривать различные типы ресурсов при внедрении новых данных в медицинские учреждения. Например, сотрудники должны быть хорошо обучены внедрению новых практик, а также должны иметь достаточно времени для планирования и реализации новых мероприятий на практике. Mathieson, et al. (2018) разделяют эту точку зрения в своем обзоре, где подчеркивают, что тренинг и непрерывное обучение персонала являются ключевыми действиями в успешном процессе внедрения.

Обсуждение

Можно найти множество исследований относительно особенностей, которые влияют на успешное внедрение доказательной сестринской клинической практики. Более того, с научной точки зрения хорошо известно, как применять доказательства в сестринской практике. Однако остается большим вопросом, как исследователи, руководители и медсестры переводят все научные знания в полезную информацию и решения для улучшения доказательной сестринской клинической практики в различных медицинских учреждениях. Решающим моментом является ознакомление с существующими результатами исследования факторов, которые способствуют и препятствуют доказательной сестринской практике ухода за больными, и обсудить их с коллегами, руководителями и другим значительным медицинским персоналом. Кроме того, следует отметить, что различные модели доказательной практики могут улучшить реализацию доказательной сестринской практики и сдвинуть организационную культуру в сторону доказательного сестринского дела, и поэтому заслуживают дальнейшего рассмотрения (Melnyk, et al., 2017). Другой ключевой момент заключается в том, что в медицинских учреждениях должна быть стратегия внедрения доказательной сестринской клинической практики, чтобы руководители медсестер, медсестры-фасилитаторы и рядовые медсестры могли иметь видение будущего в отношении высококачественного ухода, основанного на доказательствах, и его успешной реализации.

Заключение

Создание позитивной культуры работы медсестер, основанной на доказательствах, требует вклада каждого. Это связано с тем, что при планировании и применении доказательств на практике необходимо учитывать несколько особенностей. Важна позитивная культура на рабочем месте по отношению к инновациям и инициативам, равно как и обучение персонала новым мерам вмешательства и выделение им достаточного времени для преобразования новых знаний в действия. Кроме того, как руководители, так и медсестры-фасилитаторы играют важную роль в обеспечении и совершенствовании доказательной клинической практики. Работа в команде и хорошие отношения между сотрудниками также являются ключевыми моментами. Хотя во многих исследованиях поднимается вопрос об организационных особенностях успешного процесса внедрения, нельзя недооценивать отдельные факторы, такие как мотивация сотрудника, его способности и предпочтения в развитии и обучении на работе. Эти элементы, вместе с организационными особенностями, обеспечивают успешное внедрение и устойчивую доказательную сестринскую клиническую практику. Diffin, et al. (2018) подчеркивают, что крайне важно оценивать организационный контекст при внедрении комплексных вмешательств на практике и, кроме того, иметь план, гарантирующий, что практикующие специалисты сохраняют мотивацию к использованию нового внедрения.

How to create a positive organizational culture for evidence-based nursing practice?

Hanna Hopia

PhD, Docent (nursing science), Principal Lecturer
JAMK University of Applied Sciences, Finland, hanna.hopia@jamk.fi

Abstract

Features of organizational culture have been reported to affect evidence-based nursing and its implementation. Therefore, it is crucial to recognize the fundamental factors that enhance positive culture towards evidence-based nursing in different healthcare settings. In this paper, these key features, based on the latest research, are presented. The aim of this paper is to raise a discussion about the factors that influence the successful and effective implementation of evidence-based nursing.

Key words: *organizational culture, evidence-based nursing, implementation*

Introduction

What is organizational culture? How to create a positive workplace culture towards evidence-based nursing? Moreover, what are the most important elements of positive workplace culture? The answers to these questions are many, some of them complex and very deep, and some more straightforward. Nevertheless, organizational culture and factors associated with it have a big impact on how successfully evidence-based nursing interventions are transformed into practice and how sustainable the interventions are. The objective of this paper is to find an answer to the question: What factors influence positive organizational culture that is needed in the implementation of evidence-based nursing?

Organizational culture

It is obvious that organizational culture consists of beliefs, values, principles, and expectations that are valued and shared by a certain group of employees and employers. However, Davies and Mannion (2013) state that defining organizational culture is a complex issue, and therefore different and contesting definitions can be found. They have noted various definitions which find organizational culture to consist of values, beliefs and assumptions shared by occupational groups. These shared ways of thinking form the behavioral and communicational patterns that are repeated, maintained, and passed forward in the organization. (Davies & Mannion, 2013; Mannion & Davies, 2018) Organizational culture is seen to cover issues such as how things and tasks in the organization are arranged and accomplished, how different things and issues are talked about and justified, and what kind of presuppositions guide these actions in the background (Mannion & Davies, 2013). It is worth noting that not only one single organizational culture exists in large organizations, but rather there are many subcultures. Such subcultures may exist for example on the unit and managerial levels as well as among different medical specialties or occupational groups (Hahtela, et al., 2013). Each subculture may either drive forward or hinder changes, such as quality improvement initiatives, in the workplace (Mannion & Davies, 2013; Li, et al., 2018).

Organizational features have a crucial effect on the implementation of evidence-based practice. Many researchers underline that features such as effective leadership, the usage of facilitators, good communication, powerful networks, the exploitation of implementation models, adequate resources, ongoing evaluation, and positive feedback are key determinants for the successful implementation and sustainability of evidence-based practice (e.g., Zijpp van der, et al., 2016; Melnyk, et al., 2017; Li, et al., 2018). However, academic communities have not reached a full consensus on which features are the most critical for implementing the best possible evidence into nursing practice (Li, et al., 2018).

Factors affecting organizational culture for evidence-based nursing

Li, et al. (2018) conducted a systematic integrative review on organizational contextual features that influence the implementation of evidence-based practices across healthcare settings. The research group discovered six features that are interrelated and work synergistically to influence the implementation of evidence-based practices within an organization. All these features can be considered as factors that help to create a positive organizational culture for evidence-based nursing practice. One of the features is an organizational culture which consists of staff that is open for trialing innovations, supporting each other during the implementation process, and being creative but still working efficiently. (Li, et al., 2018.) Another feature is that the staff has good working relations and is able to communicate clearly and effectively. They also need to have capacity to solve problems together during the implementation process. (Li, et al., 2018).

Applying teamwork and especially using multidisciplinary teams can be considered effective in the implementation of evidence-based nursing (Li, et al., 2018). Zijpp van der, et al. (2016) highlight that the relationship between evidence-based practice facilitators and managerial leaders has to work well and be reciprocal in order to facilitate the successful implementation of new nursing practices and interventions. Using nurse facilitators appears to be an effective way during the dissemination of complex nursing interventions (Shade, et al., 2020). Furthermore, Li, et al. (2018) recommend that appropriate feedback tools need to be planned because they benefit the implementation process by preserving engagement among staff. It is also worth mentioning that if the staff has ongoing

communication and monitoring of the changes, the likelihood of sustaining evidence-based nursing overtime will be increased (Li, et al., 2018).

Li, et al. (2018) found out that healthcare leaders who provide new knowledge and evidence and act as key influencers in new execution initiatives have an effect on the successful implementation of evidence-based nursing. Especially a transformative leadership style seems to produce clear roles and effective teamwork structures among staff and thus enhance the learning culture in healthcare organizations (Li, et al., 2018). Moreover, leaders should express enthusiasm for the change, be present and supportive, and demonstrate willingness for asking feedback from staff concerning the changes. It is noticeable that leaders and their leadership styles affect the culture of the workplace, which can influence how the nursing personnel utilizes the best available evidence in practice. The actions and behavior of individual leaders can also have a significant impact on the progress of the implementation process. (Zijpp van der, et al., 2017; Li et al., 2018.) Additionally, the involvement of organizational leaders of all levels influences the progress (or non progress) of the implementation, as Zijpp van der, et al. (2017) revealed in their systematic integrative review. They further indicate that the lack of collaboration between different levels of management causes friction that may hinder the implementation progress (Zijpp van der, et al., 2017).

According to Li, et al. (2018) different types of resources ought to be considered carefully when implementing new evidence into health care settings. For example, the staff must be educated well on the implementation of new practices and should also have enough time to plan and put the new activities into practice. Mathieson, et al. (2018) share this view in their review, where they highlight that the training and on-going education of personnel are key actions in a successful implementation process.

Discussion

Plenty of research can be found regarding the features that influence the successful implementation of evidence-based nursing. Furthermore, from the scientific point of view it is well-known how to transfer evidence into nursing practice. However, a big question remains how researchers, leaders, and nurses translate all the scientific knowledge into usable information and solutions to improve evidence-based nursing in different healthcare settings. A crucial point is to familiarize oneself with the existing study results of the factors which facilitate and hinder evidence-based nursing, and discuss these with co-workers, leaders, and other significant healthcare personnel. In addition, it must be pointed out that different models of evidence-based practice can enhance the implementation of evidence-based care and move the organizational culture towards evidence-based nursing, and are therefore worth further consideration (Melnyk, et al., 2017). Another key point is that nursing facilities need to have a strategy for the implementation of evidence-based practice, so that nursing leaders, nurse-facilitators and nurses can have a vision for the future regarding high-quality evidence-based nursing and its successful implementation.

Conclusions

Creating a positive workplace culture for evidence-based nursing requires contribution from everyone. This is because several features need to be considered when planning and implementing evidence into practice. Positive workplace culture towards innovations and initiatives is important, and so is training staff on new interventions and allocating enough time for them to transform new knowledge into actions. In addition, both leaders and nurse-facilitators play a significant role when enabling and

enhancing evidence-based practices. Teamwork and good relations among staff are also pivotal items. Although many studies raise the issue of organizational features in a successful implementation process, individual factors such as the employee's motivation, abilities, and preferences to develop and learn at work cannot be underestimated. These elements, together with the organizational features, enable the successful implementation and sustainability of evidence-based nursing. As Diffin, et al. (2018) emphasize, it is utterly important to assess the organizational context when implementing complex interventions into practice and, furthermore, to have a plan in place to ensure that practitioners remain motivated to use the new intervention.

Literature

- Davies, H. & Mannion, R., 2013. Will prescriptions for cultural change improve the NHS? *The BMJ (online)*, 346:f1305.
- Diffin, J., Ewing, G., Harvey, G. & Grande, G., 2018. The influence of context and practitioner attitudes on implementation of person-centered assessment and support for family carers within palliative care. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 15(5), pp. 377-385.
- Hahtela, N., McCormack, B., Doran, D., Paavilainen, E., Slater, P., Helminen, M. & Suominen, T., 2017. Workplace culture and patient outcomes: What's the connection? *Nursing Management*, 48(12), pp. 36-44.
- Li, S-A., Jeffs, L., Barwick, M. & Stevens, B., 2018. Organizational contextual features that influence the implementation of evidence-based practices across healthcare settings: a systematic integrative review. *Systematic reviews*, 7(72). <https://doi.org/10.1186/s13643-018-0734-5>.
- Mannion, R. & Davies, H., 2018. Understanding organizational culture for healthcare quality improvement. *The BMJ (online)*, 363, k4907.
- Matthieson, A., Grande, G. & Luker, K., 2018. Strategies, facilitators and barriers to implementation of evidence-based practice in community nursing: a systematic mixed-studies review and qualitative synthesis. *Primary Health Care Research & Development*, 20, e6. <https://doi.org/10.1017/S1463423618000488>.
- Melnyk, B. M., Fineout-Overholt, E., Giggie, M. & Choy, K., 2017. A test of the ARCC© Model improves implementation of evidence-based practice, healthcare culture, and patient outcomes. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 14(1), pp. 5-9.
- Shade, L., Reeves, K., Rees, J., Hendrickson, L., Halladay, J., Dolor, R.J., Bray, P. & Tapp, H., 2020. Research nurses as practice facilitators to disseminate an asthma shared decision-making intervention. *BMC Nursing*, 19(40), <https://doi.org/10.1186/s12912-020-00414-0>.
- Zjipp, van der, T.J., Niessen, T., Eldh, A.C., Hawkes, C., McMullan, C., Mockford, C., Wallin, L., McCormack, B., Rycroft-Malone, J. & Seers, K., 2016. A bridge over turbulent waters: Illustrating the interaction between managerial leaders and facilitators when implementing research evidence. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 13(1), pp. 25-31.

Қазақстан Республикасында клиникалық мейіргерлік нұсқаулықтарды әзірлеу тәжірибесі

Аягоз Умбетжанова

PhD, MBA, MD

Қазақстан Республикасы, Астана медициналық университеті, КеАҚ ЖДП және ДМ
кафедрасының ассистенті, ayatemir@gmail.com

Зауре Байгожина

Қазақстан Республикасы, Республикалық денсаулық сақтауды дамыту орталығы,
Медициналық білім беру бөлімінің бастығы, м.ғ.к., MD, olai_02@inbox.ru

Түйіндеме

Мақалада 2018-2020 жылдары орын алған Дүниежүзілік қайта құру және даму банкінің «SHIP-ең үздік денсаулық сақтауға жол – әлеуметтік медициналық сақтандыру жобасы. Қазақстан Республикасында мейіргерлік білім беруді жаңғырту» жобасы шеңберінде клиникалық мейіргерлік нұсқаулықтарды (бұдан әрі - КМН) әзірлеу тәжірибесі келтірілген. Бұл жоба негізінен мейіргер кадрларын даярлаудың жаңа деңгейін - мейіргер ісінің қолданбалы бакалаврын және енгізілген кеңейтілген практика мейіргері лауазымын енгізуге байланысты Қазақстан Республикасында мейіргерлік білім беруді және кәсіби мейіргерлік ортаны реформалау бойынша іс-шаралар шеңберінде іске асырылды. Бұл шаралардың қажеттілігі Қазақстан Республикасында мейіргерлік практика үшін дәлелді мейіргерлік құралдардың болмауына негізделген. Мақалада КМН әзірлеу, мониторингілеу және енгізу процесі егжей-тегжейлі сипатталған. Жоба шеңберінде мейіргерлік қызметтегі өзекті тақырыптар бойынша барлығы 15 КМН жоспарланып, әзірленді. Сонымен қатар, фин сарапшылары мен жобаның қазақстандық серіктестерінің бірлескен күшімен ғылыми-педагогикалық және практикалық кадрлар, оның ішінде КМН іріктеу, бағалау және жергілікті жағдайларға бейімдеу процесіне оқытылған мейіргерлер іріктеліп алынды және даярланды. Мақалада КМН мейіргерлік практиканы мейіргерлік ғылым саласындағы соңғы ғылыми деректерге сәйкес келтіруге арналған дәлелдік практика құралдары болып табылатыны көрсетілген. Қазақстан Республикасында КМН әзірлеу процесін талдау практика үшін дәлелді құралдарға қажеттіліктің болуын, сондай-ақ медициналық көмек көрсетудің әртүрлі деңгейлерінде мейіргерлік күтім процесіне тұрақты дамуды қамтамасыз ету және соңғы ғылыми деректерді енгізу мақсатында Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау жүйесінде орта медицина кадрларының әлеуетін арттыру қажеттілігін анықтады.

Түйін сөздер: дәлелдік мейіргерлік практика, клиникалық нұсқаулықтар, кеңейтілген практика мейіргері

Кіріспе

Осы мақаланың мақсаты мүдделі тұлғаларды клиникалық мейіргерлік нұсқаулықтар ұғымымен, олардың мейіргерлік практикадағы орнымен, сондай-ақ Қазақстан Республикасында КМН-ды әзірлеу және енгізу процесімен таныстыру болып табылады.

Медицина институты берген клиникалық практикалық нұсқаулықтардың анықтамасының бірінде, олар «дәлелдемелерді жүйелі түрде шолу және күтімнің балама нұсқаларының артықшылықтары мен зиянын бағалау негізінде пациенттерге күтім жасауды оңтайландыруға

бағытталған ұсыныстарды қамтитын мәлімдемелер» делінген (Institute of Medicine: Clinical Practice Guidelines We Can Trust, 2011). Басқаша айтқанда, нұсқаулықтар - бұл дәлелдемелер жинаудың және денсаулық сақтау саласындағы шешім қабылдаушыларға ұсыныстар ұсынудың ыңғайлы тәсілі. Осыған байланысты, жоғары сапалы, дәлелді деректерге негізделген клиникалық нұсқаулықтар саясат, алдыңғы қатарлы практика, жергілікті жағдайлар мен пациенттің таңдауы арасындағы алшақтықты еңсеру тәсілі болып табылады. Бірнеше ондаған жылдар бойы клиникалық нұсқаулықтар сапалы медициналық практиканың ажырамас бөлігі болды және болып қала берді (Kredo *et al.*, 2016). АҚШ пен Нидерландыда жүргізілген зерттеулер пациенттердің 30-40% - ы соңғы ғылыми деректерге негізделген медициналық көмекті алмайды, 20-25% жағдайда бұл емдеу қажет емес және тіпті зиянды дейді (Grol and Grimshaw, 2003). Мейіргерлік рәсімдер мен манипуляциялар бойынша мұндай деректер жоқ, алайда, олардың әр түрлі болуы екіталай. Өздігінен, дәлелді деректерді практикаға енгізу процесі күрделі болып табылады, яғни, қабылданған әдістемеге сәйкес алдымен нақты пациенттермен байланысты білімге деген қажеттіліктеріңізді клиникалық сұраққа түрлендіру, ең үздік дәлелдерді табу, олардың сыни бағалауын жүргізу және соңында тиісті қорытындыларды клиникалық тәжірибеде қолдану қажет (Sackett, 2000). Бұл тіпті тәжірибелі клиницист үшін де көп уақытты қажет етеді, жұмыстың ерекшелігі, жалпы алғанда, практикамен айналысатын мамандарға жыл сайын жарияланатын мақалалар мен ақпараттың үлкен көлемін ескере отырып, өз салаларында пайда болатын жаңа білімді бақылау қиынға соғады, бұл уақытты ғана емес, сонымен қатар белгілі бір дағдыларды да қажет етеді. Осыған байланысты клиникалық нұсқаулықтар практикамен айналысатын мамандар үшін ең ыңғайлы құрал болып табылады. Көп жағдайларда жергілікті жағдайлар үшін мүлдем жаңасын жасаудың орнына, жарияланған нұсқаулықты таңдаған дұрыс (Wallin, 2005). Клиникалық нұсқаулықтарды әзірлеудің үш жолы бар: мүлдем жаңа нұсқаулықты әзірлеу (*de novo*), бар нұсқаулықтарды өзгеріссіз қабылдау (*adopt*), және нұсқаулықтарды жергілікті жағдайларға бейімдеу (*adapt*) (Adaptation and Guidelines, 2010).

Қазақстан Республикасында 2018 жылдан бастап «SHIP-ең үздік денсаулық сақтауға жол – әлеуметтік медициналық сақтандыру жобасы. Мейіргерлік білім беруді жаңғырту» жобасы іске асырылуда, оның шеңберінде мейіргерлерді даярлаудың жаңа білім беру деңгейі - қолданбалы бакалавриат (*applied bachelor*) енгізілді және тиісті бағалаудан өткен медициналық колледждерді Жоғары медициналық колледждерге қайта ұйымдастыру жүргізілді. Пилоттық жобалар шеңберінде фин әріптестермен - Финляндияның қолданбалы ғылымдар университеттері – JAMK, HAMK, LAMK өкілдерімен бірлесіп, пациенттерді мейіргермен өз бетінше жүргізу рөлін күшейте отырып, даярлау бағдарламасы, дәлелді мейіргер практикасын және мейіргер ғылымының элементтерін оқыту бағдарламасына енгізу қайта қаралды. Бұл рөлді практикалық денсаулық сақтауға енгізу үшін мамандықтар мен денсаулық сақтау жүйесі мамандарының лауазымдарына катысты біліктілік талаптарды реттейтін тиісті нормативтік-құқықтық актілерге өзгерістер енгізілді (Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің 2018 жылғы 19 желтоқсандағы № ҚР ДСМ-43 бұйрығы) және кеңейтілген практика мейіргері лауазымы енгізілді. Алайда, шындық мынада, бұл кеңейтілген функционалдылықты жүзеге асыру дәлелді құралдардың болуымен негізделмеді, және реформаның келесі қадамы мейіргерлік құжаттаманы жетілдіру, ОРС (операциялық рәсімдер стандарты) пен КМН (клиникалық мейіргерлік нұсқаулықтар) әзірлеу мен практикалық ортаға енгізу болып табылды.

Негізгі бөлім

Жобаның жоспарына сәйкес КМН әзірлеу процесі 3 кезеңге бөлінді: әр жыл сайын 5 КМН-тан, 3 жыл ішінде барлығы 15 нұсқаулық: «Инсульт кезіндегі оңалту шаралары», «Созылмалы ауыруды

басқару», «Жүрек-қан тамырлары ауруларының қаупін бағалау және ЖҚТА алдын-алу», «2 типті қант диабеті бар пациенттерді жүргізу», «Күшті әсер етуші заттарды қабылдайтын адамдар санаттарымен жұмыс», «Пациент және отбасылық-орталықтанған күтім», «Темекі тарту кезіндегі мейіргерлік тактикалар», «Жүрек оңалтуы», «Тасымалдау кезінде үздіксіз медициналық күтімді қамтамасыз ету», «Ойылуларды бағалау және жүргізу», «Созылмалы жүрек жетіспеушілігі», «Тыныс демікпесіне бақылауды жақсарту», «Жарақаттар мен құлауларды алдын алу», «Қатарлас физиологиялық күйзелісі және жабығуы бар қатерлі ісіктен зардап шегетін ересек пациенттерді скринингтеу, бағалау және күту», «Церебралды сал ауруы бар пациенттерді жүргізу».

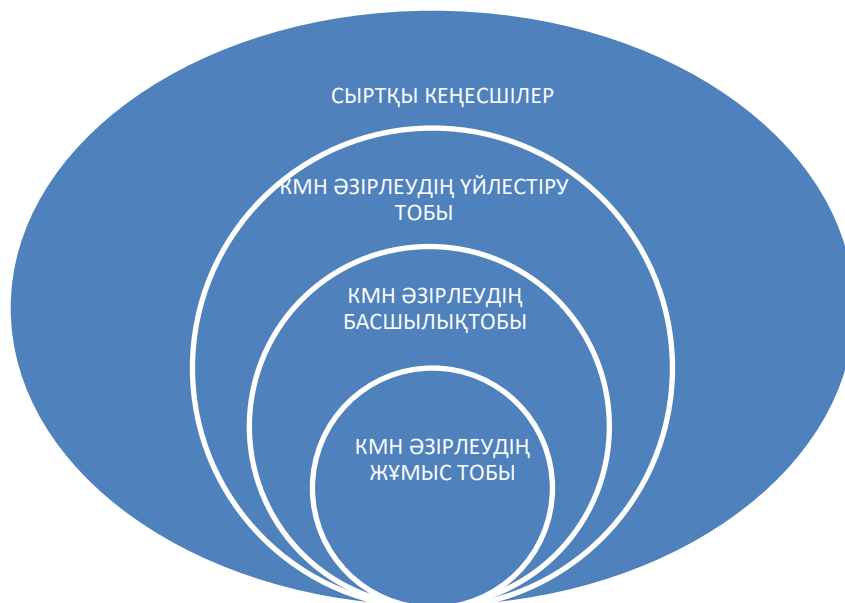
Іс жүзінде Жобаны іске асыру барысында мерзімдер 2 жылға дейін қысқартылды, және, осылайша, бірінші кезеңде 4 КМН екінші кезеңде 5 КМН, үшінші кезеңде 6 КМН әзірленді (1-сурет). Процестің өзі фин сарапшыларымен және Ұлттық Жоба сарапшыларымен бақыланды.



1-сурет: КМН әзірлеу бойынша жұмыс тобын оқыту

КМН-тың әр жиынтығы үшін жұмыс топтарын оқыту процесі екі: базалық және ілгері семинарды қамтыды. Базалық деңгейде топтардың қалыптасуы, дәлелдік мейіргер ісі теориясымен танысу, бейімдеуге арналған нұсқаулықтарды іздеу дағдыларын пысықтау, AGREE (AGREE II - AGREE Enterprise website) нұсқаулықты бағалау құралын қолдана отырып, бағалау, КМН бейімдеу әдістемесімен танысу, Dropbox ұйымдастыру ортасымен жұмыс істеу дағдылары орын алды. Ілгері семинар КМН-ты әзірлеудегі ілгерілеуді бағалауды, бейімдеудегі одан арғы қадамдарды, пікірлерді жинау мен кеңес беруді, КМН енгізу стратегияларын қамтыды.

КМН бойынша жұмысты басқарудың ұйымдастырушылық сызбасы келесідей (2-сурет).



2-сурет: Топтар жұмысын үйлестіру сызбасы

Жұмыс тобының (бұдан әрі - ЖТ) басшысы топ ішіндегі жұмысты тікелей үйлестіреді және КМН әзірлеушілерінің басшылық тобына кіреді, үйлестіру тобына тікелей негізгі сарапшылар, әдіскерлер және Ұлттық Жобаның басшысы, ал сыртқы кеңесшілер тобына Жобаның фин әріптестері кіреді. Бұл ретте кез келген кезеңде бейінді сарапшылар мен кеңесшілер тартылуы мүмкін болды. Сонымен қатар, Жобаның негізгі сарапшылар тобымен үлкен жұмыс атқарылды, ол топтардың жұмысын ұйымдастыруды, жұмыстарды бақылауды, нұсқаулықтарды жергілікті жағдайларға бейімдеу үшін нұсқаулықтардың түпнұсқа әзірлеушілерінен рұқсатты алуды қамтыды. Барлық бейімделетін құжаттарға шығыс ұйымдардан бейімдеуге рұқсаттар алынды. Нұсқаулықтарды әзірлеудің тікелей процесі 3-суретте сызба түрінде көрсетілген. Жобаны әдістемелік қолдау мақсатында фин әріптестері «Клиникалық мейіргерлік нұсқаулықтарды әзірлеу» №1 әдістемелік құралды (Кивинен, 2018) және «Клиникалық мейіргерлік нұсқаулықтарды бейімдеу» №2 әдістемелік құралды (Кивинен, 2018) әзірледі.



3-сурет: КМН әзірлеудің жоспары және кезеңдері

Осылайша, келесі қадамдар дәйекті түрде іске асырылды:

Өзекті тақырыптарды анықтау: кәсіби ортада «Парыз» мейіргер ісі мамандарының қауымдастығы арқылы денсаулық сақтау мамандарының (дәрігерлер мен мейіргерлер) пікірін сұрау жолымен, Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің Ғылым және адам ресурстары департаментіндегі негізгі тұлғалардың пікірін сұрау жолымен, және конференциялар мен семинарлар кезіндегі фокус-сұхбаттар арқылы жүргізілді.

Жұмыс тобын (бұдан әрі - ЖТ) іріктеу: ЖТ құрамына практикамен айналысатын, сондай - ақ академиялық топтардан (Жоғары медициналық колледждерден және медициналық ЖОО мейіргер ісі кафедраларынан мейіргер ісінің оқытушылары) тұратын мейіргер ісінің мамандары - МІ мамандарының зерттеу комитеті, сондай-ақ бейінді топтың (бұдан әрі - БТ) өкілдері – КМН бейіні бойынша ауруларды күтумен және емдеумен тікелей айналысатын мейіргерлер де, дәрігерлер де кірді.

ЖТ оқыту: базалық және ілгері деңгей семинарлары жоба шеңберінде фин сарапшылары мен Ұлттық жобаның негізгі сарапшыларын тарта отырып ұйымдастырылды және өткізілді. Оқыту зерттеу комитетінің мүшелері үшін де, бейінді топтың мүшелері үшін де міндетті болды, оқыту аяқталғаннан кейін барлық қатысушыларға сертификаттар табысталды.

КМН әзірлеу: әр топтың ішінде бэкграунд пен алдыңғы білім мен оқытуды ескере отырып рөлдер бөлінді. Топтардың жұмысын ұйымдастыру үшін Dropbox-тың бұлтты сервисінде ортақ файл құрылды. Бұдан басқа, айына 1-2 рет жиілікпен топтар жетекшілерімен, фин сарапшыларымен онлайн кездесулер өткізілді және КМН әзірлеу процесінде ағымдағы мәселелерді талқылау үшін осындай жиілікпен жұмыс топтары мүшелерімен кездесулер өткізілді. Сараптама жүргізу және процесс пен мазмұны бойынша түсініктемелер үшін аралық драфттар Dropbox-та сақталды.

КМН түпкілікті нұсқалары рецензиялаушыларға таратылды. Толық және жан-жақты пікір алу үшін рецензиялаушылар тобына бейінді қауымдастықтардың, мейіргер ісі қауымдастықтарының мүшелері, сондай-ақ КМН тікелей пайдаланушылары – КМН арналған бейіннің мейіргерлері мен дәрігерлері кірді. Алынған пікірлер мен түсініктемелер КМН сапасын жақсарту үшін тиісті түрде қолданылды.

КМН бекіту. КМН қарау және бекіту «Денсаулық сақтауды дамыту республикалық орталығы» ШЖҚ РМК (бұдан әрі - ДСДРО) өтті, содан кейін барлық нұсқаулықтар ДСДРО сайты мен ProInCa сайтының платформаларында орналастырылды.

КМН енгізу. Осы жарияланым аясында КМН енгізу тезистік түрде сипатталуы мүмкін, өйткені оның артында фин әріптестері әзірлеген енгізу жөніндегі оқыту материалдарын дайындау бойынша үлкен жұмыс көлемі жасырылған. Енгізу процесінің өзі КМН бойынша тренерлерді каскадты оқыту жолымен өтті. Тренерлерді оқыту және одан арғы енгізу үшін келесі тақырыптар таңдалды: «Жүрек-қан тамырлары ауруларының қаупін бағалау және ЖҚТА алдын-алу», «2 типті қант диабеті бар пациенттерді жүргізу», «Созылмалы ауыруды басқару», «Инсульт кезіндегі оңалту шаралары», «Созылмалы жүрек жетіспеушілігі», «Кардиооңалту». Үш кезеңде (желтоқсан 2018, қыркүйек 2019, қыркүйек 2020) ЛАМК, ЖАМК университеттерінің фин сарапшыларының күшімен КМН әр тақырыбы бойынша тренерлер топтарын оқыту жүргізілді. Тренерлер құрамы мейіргер ісінің практикамен айналысатын мамандары мен пилоттық Жоғары медициналық колледждері оқытушыларынан тұрды. Жоғары медициналық колледждердің біліктілігін арттыру бөлімдері арқылы тренерлер осы бағдарламаларды одан әрі енгізу үшін жұмыс бағдарламаларын әзірледі және бекітті.

Талқылау

Фин сарапшыларының басшылығымен ҚДМ бейімдеу процесін талдау талқылануы, еңсерілуі және болашақта қолданылуы мүмкін мынадай ерекшеліктерді анықтады:

Мейіргерлер өздері жасай алатын (мотивациялық сұхбат, қысқаша араласу, қысқаша кеңестер) клиникалық мейіргерлік ұсыныстарға енгізілген, қолданбалы бакалавр және одан жоғары деңгейі бар мейіргерлерге арналған ұсыныстар негізінен сапалы зерттеулерге негізделген, сондықтан олар әрдайым қатаң ұсыныстар бола бермейді, бірақ бұл мейіргерлердің жоспарланған қызметі халықпен және пациенттермен күтімді жүзеге асыру, алдын-алу

шаралары және пациенттерге өмір салтын өзгерту туралы кеңес беру бойынша тығыз жұмысты қамтығандықтан қосылды.

Нұсқаулықтарды бейімдеу әдістемесі практикамен айналысатын мейіргерлерді тартуды тұспалдағандықтан, жұмыс халықаралық құжаттармен жұмыста мейіргер ісі мамандарының жоғары емес әлеуетін көрсетті және одан әрі мейіргер ісінің практикамен айналысатын мамандарының дәлелді мейіргерлік практика, емдеу мен күтімдегі тәсілдерді сыни бағалау саласындағы білімдерін тұрақты негізде жетілдіруі қажет.

Медициналық ұйымдардың сапа менеджменті жүйесінің бақылау бөлімдері, мейіргерлердің кәсіби қауымдастықтары КМН-ды осы ОРС-ы дәлелді мейіргерлік практикасында болуы және іске асырылуы үшін орта медициналық персонал үшін операциялық рәсімдер стандарттарын әзірлеуге базалық құжат ретінде пайдалана алады.

Дәлелдемелерді сыни бағалаудан алдын ала өткен бірнеше халықаралық құжаттардың ұсынымдарын әзірлеу және бейімдеу кезінде пайдалану мүмкіндігі бөлігінде әдіснаманы жетілдіру қажет.

Қорытындылар

КМН әзірлеу процесін талдау мейіргерлік практика үшін өзекті клиникалық мейіргерлік нұсқаулықтарды, мейіргерлік қызметтер стандарттарын одан әрі әзірлеу/бейімдеу кәсіби мейіргерлік қауымдастықтармен, оның ішінде өңірлік қауымдастықтармен жалғастырылуы тиіс екенін көрсетеді. Нұсқаулықтарды одан әрі әзірлеу үшін қандай да бір ұсынымдардың дәлелділік деңгейін және олардың жергілікті жағдайлар үшін қолайлылығын өз бетінше бағалай алатын мейіргерлік білімі және денсаулық сақтауда практикалық тәжірибесі бар зерттеу комитетінің мүшелері, «Мейіргер ісі» мамандығы бойынша магистратура және докторантура бағдарламасының түлектері, медициналық ЖОО-ның мейіргер ісі кафедраларының қызметкерлері, Жоғары медициналық колледждердің оқытушылары тартылуы мүмкін. Нұсқаулық ұсынымдарын дәйекті іске асыру және оларды практикамен айналысатын мамандардың жұмысына тұрақты негізде енгізу мейіргер күтімінің сапасын арттыруды қамтамасыз етеді.

Опыт разработки клинических сестринских руководств в Республике Казахстан

Аягоз Умбетжанова

PhD, MBA, MD

Ассистент кафедры ОВП с курсом доказательной медицины НАО «Медицинский университет Астана», Республика Казахстан, ayatemir@gmail.com

Зауре Байгожина

к.м.н., MD

Начальник отдела развития медицинского образования Республиканского центра развития здравоохранения МЗ РК, Республика Казахстан, olai_02@inbox.ru

Резюме

В статье приведен опыт разработки клинических сестринских руководств (далее-КСР) в рамках Проекта Всемирного Банка реконструкции и развития «Проект социального медицинского страхования-SHIP-путь к лучшему здравоохранению. Модернизация сестринского образования» в Республике Казахстан, который имел место в 2018-2020 годах. Данный проект был реализован в рамках мероприятий по реформированию сестринского образования и профессиональной сестринской среды Республики Казахстан, главным образом связанный с внедрением нового уровня подготовки сестринских кадров- прикладного бакалавра сестринского дела и внедренной должности медсестры расширенной практики. Необходимость данных мер обусловлена отсутствием доказательных сестринских инструментов для сестринской практики в Республике Казахстан. В статье подробно описан процесс разработки, мониторинга и внедрения КСР. В рамках Проекта запланировано и разработано всего 15 КСР по актуальным в сестринской деятельности тематикам. Параллельно, совместными усилиями финских экспертов и казахстанских партнеров Проекта, были отобраны и подготовлены научно-педагогические и практические кадры, в том числе и сестринские, обученные процессу отбора, оценки и адаптации КСР к местным условиям. В статье показано, что КСР являются инструментами доказательной практики, призванными привести сестринскую практику в соответствие с последними научными данными в области сестринской науки. Анализ процесса разработки КСР в Республике Казахстан выявил наличие потребности в доказательных инструментах для практики, а также необходимость повышения потенциала средних медицинских кадров в системе здравоохранения Республики Казахстан, с целью обеспечения устойчивого развития и внедрения последних научных данных в процесс сестринского ухода на различных уровнях оказания медицинской помощи.

Ключевые слова: доказательная сестринская практика, клинические руководства, медсестра расширенной практики

Введение

Цель данной статьи ознакомить заинтересованных лиц с понятием клинических сестринских руководств, их местом в сестринской практике, а также с процессом разработки и внедрения КСР в Республике Казахстан.

Одно из определений клинических практических руководств, данное Институтом медицины, гласит, что они представляют собой «утверждения, которые включают рекомендации, направленные на оптимизацию ухода за пациентами, на основе систематического обзора доказательств и оценки преимуществ и вреда альтернативных вариантов ухода» (Institute of Medicine: Clinical Practice Guidelines We Can Trust, 2011). Другими словами, руководства - это удобный способ собрать доказательства и представить рекомендации лицам, принимающим решения в сфере здравоохранения. В этой связи, высококачественные, основанные на доказательных данных клинические руководства являются способом преодоления разрыва между политикой, передовой практикой, локальными условиями и выбором пациента. В течение нескольких десятилетий клинические рекомендации были и остаются неотъемлемой частью качественной медицинской практики (Kredo, et al., 2016). Исследования, проведенные в США и Нидерландах, говорят о том что от 30 до 40% пациентов не получают медицинскую помощь, основанную на последних научных данных, в 20-25% случаев это лечение не является необходимым и даже вредным (Grol and Grimshaw, 2003). Такие данные по сестринским процедурам и манипуляциям отсутствуют, однако, вряд ли они сильно разнятся. Сам по себе процесс имплементации доказательных данных в практику является достаточно сложным, то есть, следуя принятой методологии вначале необходимо преобразовать свои потребности в знаниях, связанные с конкретными пациентами в клинический вопрос, найти лучшие доказательства, провести их критическую оценку и, наконец, использовать соответствующие выводы в клинической практике (Sackett, 2000). Это занимает достаточно много времени даже для опытного клинициста, специфика работы такова, что в целом практикующим специалистам сложно следить за появляющимися новыми знаниями в своих областях, учитывая тот большой объем ежегодно публикуемых статей и информации, которое помимо этого требуют не только времени, но и определенных навыков. В этой связи, клинические руководства являются наиболее удобным инструментом для практикующих специалистов. В большинстве случаев целесообразно выбрать уже опубликованное руководство, вместо разработки совершенно нового для локальных условий (Wallin, 2005). Существует три пути разработки клинических руководств: разработка совершенного нового руководства (de novo), принятие существующих руководств без изменений (adopt), и адаптация руководств к местным условиям (adapt) (Adaptation and Guidelines, 2010).

В Республике Казахстан, начиная с 2018 года реализуется «Проект социального медицинского страхования-SHIP-путь к лучшему здравоохранению. Модернизация сестринского образования», в рамках которого был внедрен новый образовательный уровень подготовки медицинских сестер - прикладной бакалавриат (applied bachelor) и произошла реорганизация медицинских колледжей, прошедших соответствующую оценку в Высшие медицинские колледжи. В рамках пилотных проектов, совместно с финскими партнерами -представителями университетов прикладных наук Финляндии – JAMK, HAMK, LAMK, была пересмотрена программа подготовки, с усилением роли самостоятельного ведения пациентов медицинской сестрой, имплементации в программы обучения доказательной сестринской практики и элементов сестринской науки. Для внедрения этой роли в практическое здравоохранение были внесены изменения в соответствующие нормативно-правовые акты, регламентирующие квалификационные требования к специальностям и должностям специалистов системы здравоохранения (приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 19 декабря 2018 года № ҚРДСМ-43) и внедрена должность медицинской сестры расширенной практики. Однако, реальность была такова, что осуществление данного расширенного функционала не было подкреплено наличием доказательных инструментов, и следующим шагом реформы явилось совершенствование

сестринской документации, разработка и внедрение СОП (стандартов операционных процедур) и клинических сестринских руководств (КСР) в практическую среду.

Основная часть

Согласно плану Проекта процесс разработки КСР был разделен на 3 этапа: ежегодно по пять КСР, всего 15 руководств в течение 3х лет: «Реабилитационные мероприятия при инсульте», «Управление хронической болью», «Оценка сердечно-сосудистого риска и профилактика ССЗ», «Ведение пациентов с сахарным 2 типа», «Работа с категориями лиц, употребляющими сильнодействующие вещества», «Пациент и семейно-центрированный уход», «Сестринские тактики при табакокурении», «Сердечная реабилитация», «Обеспечение непрерывного медицинского ухода при переводах», «Оценка и ведение пролежней», «Хроническая сердечная недостаточность», «Улучшение контроля над бронхиальной астмой», «Профилактика травм и падений», «Скрининг, оценка и уход за взрослыми пациентами, страдающими злокачественным новообразованием с сопутствующим физиологическим дистрессом и депрессией», «Ведение пациентов с церебральным параличом».

На деле в процессе реализации Проекта сроки были сжаты до 2х лет и, таким образом, на первом этапе были разработаны 4 КСР, на втором этапе 5 КСР и на третьем этапе 6 КСР (Рисунок 1). Сам процесс мониторили финские эксперты и эксперты Национального Проекта.



Рисунок 1: Обучение рабочей группы по разработке КСР

Процесс обучения рабочих групп для каждого набора КСР включал два семинара: базовый и продвинутый. На базовом уровне происходило формирование групп, знакомство с теорией доказательного сестринского дела, отработка навыка поиска руководств для адаптации, оценка с применением инструмента оценки руководств AGREE (AGREE II - AGREE Enterprise website), ознакомление с методологией адаптации КСР, навыки работы с организационной средой Dropbox. Продвинутый семинар включал оценку прогресса в адаптации КСР, дальнейшие шаги в адаптации, сбор отзывов и консультирование, стратегии внедрения КСР.

Организационная схема руководства работы над КСР выглядит следующим образом (Рисунок 2).



Рисунок 2: Схема координации работы групп

Руководитель рабочей группы (далее - РГ) непосредственно координирует работу внутри группы, и входит в руководящую группу разработчиков КСР, в координационную группу входят непосредственно ключевые эксперты, методологи и руководитель Национального Проекта, а в группу внешних консультантов входят финские партнеры Проекта. При этом на любом из этапов могли быть привлечены профильные эксперты и консультанты. Помимо этого, большая работа была проделана группой ключевых экспертов Проекта, которая включала организацию работы групп, мониторинг работы, получение разрешения на адаптацию руководств для местных условий от оригинальных разработчиков руководств. На все адаптируемые документы были получены разрешения на адаптацию от исходящих организаций. Сам непосредственный процесс разработки руководств схематично представлен на рисунке 3. В целях методологической поддержки Проекта финскими партнерами были разработаны Методологическое пособие №1 «Разработка клинических сестринских руководств (Кивинен, 2018) и Методологическое пособие № 2 «Адаптация клинических сестринских руководств» (Кивинен, 2018).

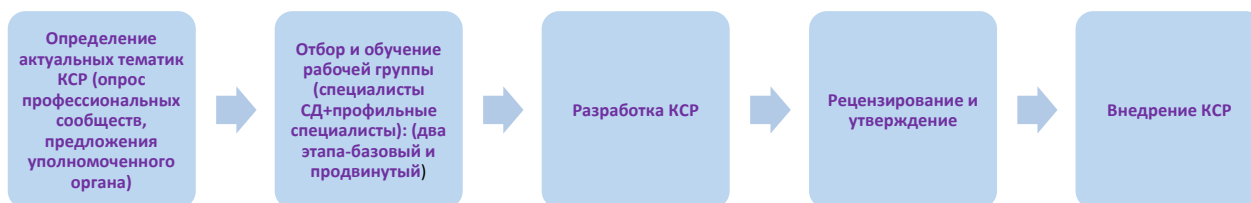


Рисунок 3: План и этапы разработки КСР

Таким образом были последовательно реализованы следующие шаги:

Определение актуальных тематик: проводилось путем опроса специалистов здравоохранения (врачи и медицинские сестры) в профессиональной среде через ассоциацию специалистов сестринского дела «Парыз», путем опроса ключевых фигур в Департаменте науки и человеческих

ресурсов Министерства здравоохранения Республики Казахстан, также фокус-интервью во время конференций и семинаров.

Отбор рабочей группы (далее - РГ): в состав РГ входили специалисты сестринского дела, как практикующие, так и из академических кругов (преподаватели сестринского дела из Высших медицинских колледжей и кафедр Сестринского дела медицинских ВУЗов) - исследовательский комитет специалистов СД, а также представители профильной группы (далее-ПГ) - специалисты, как медицинские сестры, так и врачи, непосредственно занимающиеся уходом и лечением заболеваний по профилю КСР.

Обучение РГ: семинары базового и продвинутого уровня были организованы и проведены в рамках проекта с привлечением финских экспертов и ключевых экспертов Национального проекта. Обучение было обязательным как для членов исследовательского комитета, так и для членов профильной группы, по окончании обучения всем участникам были вручены сертификаты.

Разработка КСР: внутри каждой группы были распределены роли, с учетом бэкграунда и предшествующего образования и обучения. Для организации работы групп был создан общий файл в облачном сервисе Dropbox. Помимо этого, с периодичностью 1-2 раза в месяц проводились онлайн встречи с руководителями групп, с финскими экспертами, и с такой же периодичностью встречи членов рабочих групп для обсуждения текущих вопросов в процессе разработки КСР. Промежуточные драфты были сохранены в Dropbox для проведения экспертизы и комментариев по процессу и содержанию.

Окончательные версии КСР были разосланы рецензентам. Для получения более полного и всестороннего отзыва в группу рецензентов были включены члены профильных ассоциаций, ассоциаций сестринского дела, а также непосредственные пользователи КСР - медицинские сестры и врачи того профиля, которому предназначается КСР. Полученные отзывы и комментарии были применены соответствующим образом для улучшения качества КСР.

Утверждение КСР. Рассмотрение и утверждение КСР проходило на Экспертном совете РГП на ПХВ «Республиканский центр развития здравоохранения» (далее - РЦРЗ), после чего все руководства размещались на платформах сайта РЦРЗ и сайта ProInCa.

Внедрение КСР. В рамках данной публикации внедрение КСР может быть описано тезисно, поскольку за этим скрывается огромный пласт и объем работы по подготовке обучающих материалов по внедрению, разработанный финскими партнерами. Сам процесс внедрения проходил путем каскадного обучения тренеров по КСР. Для обучения тренеров и дальнейшего внедрения были выбраны следующие тематик: «Профилактика и оценка риска при сердечно-сосудистых заболеваниях», «Ведение пациентов с сахарным диабетом 2 типа», «Управление хронической болью», «Реабилитационные мероприятия при инсульте», «Хроническая сердечная недостаточность», «Кардиореабилитация». В три этапа (декабрь 2018, сентябрь 2019, сентябрь 2020) было проведено обучение силами финских экспертов университетов LAMK, JAMK групп тренеров по каждой тематике КСР. Состав тренеров состоял из практикующих специалистов сестринского дела и преподавателей пилотных Высших медицинских колледжей. Были разработаны и утверждены рабочие программы для дальнейшего внедрения этих программ тренерами через отделения повышения квалификации Высших медицинских колледжей.

Обсуждение

Анализ процесса адаптации КСР под руководством финских экспертов выявил следующие особенности, которые могут быть обсуждены, преодолены и применены в будущем:

Рекомендации для медицинских сестер с уровнем прикладного бакалавра и выше, которые они могут проводить самостоятельно (мотивационное интервью, краткие вмешательства, краткие

советы), включенные в клинические сестринские рекомендации в основном основаны на качественных исследованиях, поэтому не всегда являются строгими рекомендациями, но были включены, так как планируемый функционал этих медицинских сестер включает тесную работу с населением и пациентами по реализации ухода, профилактическим мероприятиям и консультированию пациентов по модификации образа жизни.

Поскольку методология адаптации руководств подразумевает привлечение практикующих медицинских сестер, работа показала достаточно невысокий потенциал специалистов сестринского дела в работе с международными документами и в дальнейшем необходимо на постоянной основе совершенствование знаний практикующих специалистов сестринского дела в области доказательной сестринской практики, критической оценки подходов в лечении и уходе. Отделы контроля системы менеджмента качества медицинских организаций, профессиональные ассоциации медицинских сестер могут использовать КСР в качестве базового документа для разработки стандартов операционных процедур для среднего медицинского персонала, с тем, чтобы эти СОП находились и реализовывались в ключе доказательной сестринской практики.

Необходимо совершенствование методологии в части возможности использовать при разработке и адаптации рекомендаций нескольких международных документов, которые предварительно прошли критическую оценку доказательств.

Выводы

Анализ процесса разработки КСР показывает, что в дальнейшем разработка/адаптация актуальных для сестринской практики клинических сестринских руководств, стандартов сестринских услуг должна быть продолжена профессиональными сестринскими ассоциациями, в том числе региональными.

Для дальнейшей разработки руководств могут быть привлечены члены исследовательского комитета, имеющие сестринское образование и практический опыт в здравоохранении, выпускники программы магистратуры и докторантуры по специальности «Сестринское дело», сотрудники кафедр сестринского дела медицинских ВУЗов, преподаватели Высших медицинских колледжей, которые могут самостоятельно оценить уровень доказательности тех или иных рекомендаций и приемлемость их для местных условий. Последовательная реализация рекомендаций руководств и внедрение их в работу практикующих специалистов на постоянной основе обеспечит повышение качества сестринского ухода.

Experience in developing clinical nursing guidelines in the Republic of Kazakhstan

Ayagoz Umbetzhanova

PhD, MBA

Teaching assistant of the Department of General practice with the course of EBM, PhD, MBA, MD, Non JSC Astana Medical University, Republic of Kazakhstan, ayatemir@gmail.com

Zaure Baigozhina

PhD, MD, Head of the Department for the Development of Medical Education, Republican Center for Healthcare Development of the Ministry of Health of the Republic of Kazakhstan

olai_02@inbox.ru

Abstract

The article describes the experience of developing clinical nursing guidelines (hereinafter referred to as CNG) within the framework of the World Bank for Reconstruction and Development Project "Social Health Insurance Project-SHIP-Path to Better Health Care. Modernization of Nursing Education" in the Republic of Kazakhstan, which took place in 2018-2020. This project was implemented as part of measures to reform nursing education and the professional nursing environment of the Republic of Kazakhstan, mainly associated with the introduction of a new level of training for nursing personnel – an applied bachelor of nursing and the introduced position of a nurse with extended practice. The need for these measures is due to the lack of evidence-based nursing tools for nursing practice in the Republic of Kazakhstan. The article describes in detail the process of development, monitoring and implementation of CNG. Within the framework of the Project, totally 15 CNGs have been planned and developed on topics relevant to nursing. In parallel, through the joint efforts of Finnish experts and Kazakhstan partners of the Project, scientific, pedagogical and practical personnel, including nurses, trained in the process of selection, assessment and adaptation of CNG to local conditions, were selected and trained. The article shows that CNGs are evidence-based practice tools designed to bring nursing practice in line with the latest scientific evidence in the field of nursing science. Analysis of the development process of CNG in the Republic of Kazakhstan revealed the need for evidence-based tools for practice, as well as the need to increase the potential of nursing staff in the health care system of the Republic of Kazakhstan, in order to ensure sustainable development and the introduction of the latest scientific data in the process of nursing care at various levels of medical care.

Keywords: *evidence-based nursing practice, clinical guidelines, extended practice nurse*

Introduction

The purpose of this article is to familiarize all interested persons with the concept of clinical nursing guidelines, their place in nursing practice, as well as with the process of developing and implementing CNG in the Republic of Kazakhstan.

One of the definitions of clinical practice guidelines given by the Institute of Medicine is that they are "statements that include recommendations to optimize patient care based on a systematic review of evidence and an assessment of the benefits and harms of alternative care options" (Institute of Medicine: Clinical Practice Guidelines We Can Trust, 2011). In other words, guidelines are a convenient way to gather evidence and provide guidance to health decision-makers. In this regard, high quality

evidence-based clinical guidelines are a way to bridge the gap between policy, best practice, local conditions and patient choice. For several decades, clinical guidelines have been and remain an integral part of quality of medical practice (Kredo, et al., 2016). Studies in the United States and the Netherlands indicate that 30 to 40% of patients do not receive medical care based on the latest scientific evidence, in 20-25% of cases this treatment is unnecessary and even harmful (Grol & Grimshaw, 2003). There are no such data on nursing procedures and manipulations, however, they are unlikely to vary greatly. By itself, the process of implementing evidence into practice is quite complex, that is, following the accepted methodology, you first need to transform your knowledge needs related to specific patients into a clinical question, find the best evidence, conduct a critical assessment and, finally, use the appropriate conclusions. In clinical practice (Sackett, 2000). It takes a lot of time even for an experienced clinician, because of the specifics of the work, in general, it is difficult for practicing specialists to keep track of the new knowledge in their fields, given the large volume of annually published articles and information, which, in addition, require not only time, but also certain skills. In this regard, clinical guidelines are the most convenient tool for practitioners. In most cases, it is advisable to choose an already published guide rather than developing a completely new one for local conditions (Wallin, 2005). There are three ways to develop clinical guidelines: developing perfect new guidelines (de novo), adopting existing guidelines without changes (adopt), and adapting guidelines to local conditions (adapt) (Adaptation and Guidelines, 2010).

In the Republic of Kazakhstan, since 2018, the Social Health Insurance Project-SHIP-Path to Better Healthcare is being implemented. Modernization of Nursing Education, within the framework of which a new educational level of training for nurses was introduced - applied bachelor's degree and there was a reorganization of medical colleges, which passed the appropriate assessment into Higher Medical Colleges. Within the framework of pilot projects, together with Finnish partners - representatives of the Finnish universities of applied sciences - JAMK, HAMK, LAMK, the training program was revised, with the strengthening of the role of independent patient management by a nurse, the implementation of evidence-based nursing practice and elements of nursing science in training programs. To implement this role in practical health care, amendments were made to the relevant regulatory legal acts regulating qualification requirements for specialties and positions of health care professionals (order of the Minister of Health of the Republic of Kazakhstan since December 19, 2018 No. MHKR-43) and the position of an extended practice nurse was introduced. However, the reality was that the implementation of this extended functionality was not supported by the availability of evidence-based tools, and the next step in the reform was to improve nursing documentation, develop and introduce SOPs (standards of operating procedures) and clinical nursing guidelines (CNGs) into a practical environment.

Main part

According to the Project plan, the process of developing the CNG was divided into 3 stages: five CNGs each year, and total 15 guidelines in 3 years: "Rehabilitation measures for stroke", "Management of chronic pain", "Assessment of cardiovascular risk and prevention of CVD", " Management of patients with diabetes type 2 ", " Working with categories of people using potent substances ", " Patient and family-centered care ", " Nursing tactics for smoking ", " Cardiac rehabilitation ", " Providing continuous medical care during transportations ", " Evaluation and management of bedsores", "Chronic heart failure", "Improving control of bronchial asthma", "Prevention of injuries and falls", "Screening, evaluation and care of adult patients suffering from malignant neoplasm with concomitant physiological distress and depression", "Management of patients with cerebral palsy. "

In fact, during the implementation of the Project, the terms were shortened to 2 years and, thus, at the first stage 4 CNGs were developed, at the second stage 5 CNGs and at the third stage 6 CNGs (Figure 1). The process itself was monitored by Finnish experts and experts from the National Project.

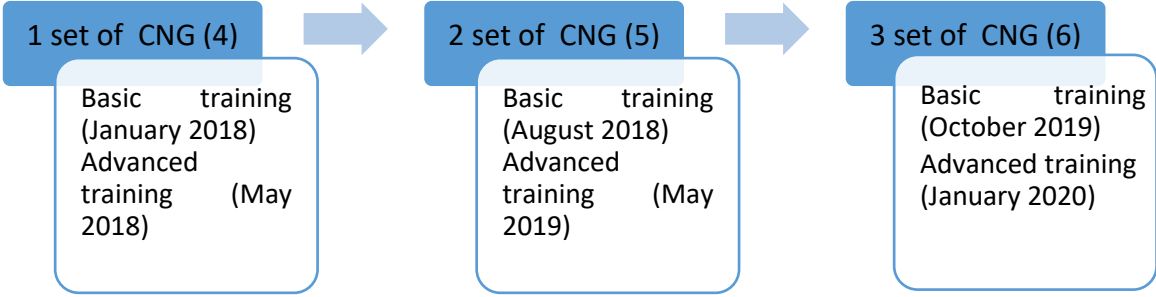


Figure 1: Training of the Working Group for development of the CNG

The training process for the working groups for each set of CNGs included two workshops: basic and advanced. At the basic level, there was the formation of groups, familiarity with the theory of evidence-based nursing, practicing the skill of finding guidelines for adaptation, assessment using the AGREE Guidelines Assessment Tool (AGREE II - AGREE Enterprise website), familiarization with the methodology for adaptation of CNG, skills in working with the Dropbox organizational environment. The advanced workshop included an assessment of progress in adapting CNG, further steps in adaptation, collecting feedback and advice, strategies for implementing CNG.

The organizational chart of the management of work on the CNG is as follows (Figure 2).

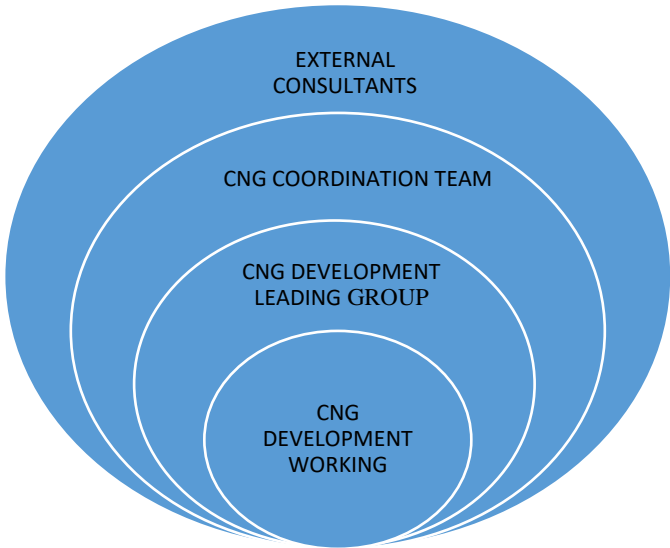


Figure 2: Team Coordination Chart

The head of the working group (hereinafter referred to as the WG) directly coordinates the work within the group, and joins the part of the steering group of the CNG developers, the coordination group

directly includes key experts, methodologists and the head of the National Project, and the group of external consultants includes the Finnish partners of the Project. At the same time, in any of the stages, specialized experts and consultants could be involved. In addition, a lot of work was done by a group of key experts of the Project, which included organizing the work of groups, monitoring work, obtaining permission to adapt the manuals for local conditions from the original developers of the manuals. All adaptable documents received permissions for adaptation from outgoing organizations. The direct process of developing the guidelines is schematically shown in Figure 3. In order to provide methodological support to the Project, Finnish partners have developed Methodological Manual No. 1 "Development of Clinical Nursing Guidelines (Kivinen, 2018) and Methodological Manual No. 2 "Adaptation of clinical nursing guidelines" (Kivinen, 2018).

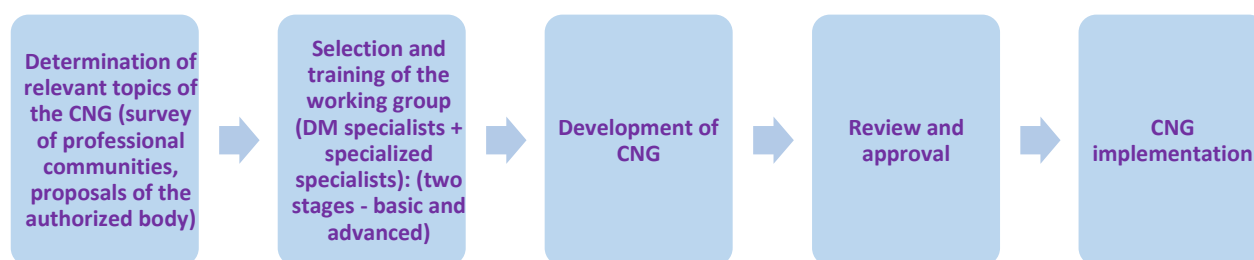


Figure 3: CNG development plan and stages

Thus, the following steps were sequentially implemented:

Identification of relevant topics: conducted by interviewing healthcare professionals (doctors and nurses) in a professional environment through the “Paryz” Association of Nursing Professionals, by interviewing key figures in the Department of Science and Human Resources of the Ministry of Health of the Republic of Kazakhstan, also focus interviews during conferences and seminars.

Selection of the working group (hereinafter referred to as the WG): the WG consisted of nursing specialists, both practitioners and from academia (nursing teachers from Higher Medical Colleges and Departments of Nursing of medical universities) - a research committee of DM specialists, as well as representatives profile group (hereinafter referred to as PG) - specialists, both nurses and doctors, directly involved in the care and treatment of diseases in the profile of CSW.

WG training: basic and advanced level seminars were organized and conducted within the framework of the project with the involvement of Finnish experts and key experts of the National Project. The training was compulsory for both the members of the research committee and the members of the profile group; upon completion of the training, all participants were awarded certificates.

Development of CNG: within each group, roles were assigned, taking into account the background and previous education and training. To organize the work of the groups, a common file was created in the Dropbox cloud service. In addition, with a frequency of 1-2 times a month, online meetings were held with the leaders of the groups, with Finnish experts, and with the same frequency of meetings of members of the working groups to discuss current issues in the process of developing the CNG. Interim drafts have been saved to Dropbox for review and commentary on process and content.

The final versions of the CNG were sent to the reviewers. To obtain a more complete and comprehensive review, the group of reviewers included members of specialized associations, associations of nursing, as well as direct users of the CNG - nurses and doctors of the profile for which the CNG is intended. Received feedback and comments were applied appropriately to improve the quality of the CNG.

CNG approval. The review and approval of the CNG took place at the Expert Council of the Republican Center for Healthcare Development (hereinafter - RCHD), after which all guidelines were posted on the platforms of the RCHD website and the ProInCa website.

Implementation of the CNG. Within the framework of this publication, the implementation of CNG can be described in a thesis, since behind this lies a huge layer and volume of work on the preparation of training materials for implementation, developed by Finnish partners. The implementation process itself took place through a cascade training of trainers of CNG. For the training of trainers and further implementation, the following topics were selected: "Prevention and risk assessment in cardiovascular diseases", "Management of patients with diabetes mellitus 2 type", "Management of chronic pain", "Rehabilitation measures in stroke", "Chronic heart failure", "Cardiac rehabilitation". Training was carried out by the Finnish experts from LAMK and JAMK universities of groups of trainers on each topic of CNG in three stages (December 2018, September 2019, September 2020). The trainers consisted of practicing nursing specialists and teachers from pilot Higher Medical Colleges. Work programs were developed and approved for the further implementation of these programs by trainers through the advanced training departments of the Higher Medical Colleges.

Discussion

Analysis of the CNG adaptation process under the guidance of Finnish experts revealed the following features that can be discussed, overcome and applied in the future:

Recommendations for nurses with an applied bachelor's level and above, which they can carry out independently (motivational interviews, brief interventions, short tips) included in clinical nursing guidelines are mainly based on qualitative research, therefore not strict recommendations, but were included, because planned functionality of these nurses includes close work with the population and patients on the implementation of care, preventive measures and counseling patients on lifestyle modifications.

Since the methodology for adapting the guidelines implies the involvement of practicing nurses, the work has shown a rather low potential of nursing specialists in working with international documents, further it is necessary to constantly improve the knowledge of practicing nursing specialists in the field of evidence-based nursing practice, critical assessment of approaches to treatment and care.

Departments of quality management system control of medical organizations, professional associations of nurses can use the CNG as a basic document for the development of standards for operating procedures for nursing staff, so that these SOPs are found and implemented in the key of evidence-based nursing practice. It is necessary to improve the methodology in terms of the ability to use in the development and adaptation of recommendations of several international documents that have previously passed a critical assessment of the evidence.

Conclusion

An analysis of the development process of CNG shows that further development / adaptation of clinical nursing guidelines and standards of nursing services relevant to nursing practice should be continued by professional nursing associations, including regional ones.

For the further development of the guidelines, members of the research committee with nursing education and practical experience in health care, graduates of the master's and doctoral programs in the specialty "Nursing", employees of the departments of nursing of medical universities, teachers of Higher Medical Colleges, who can independently assess the level of evidence, can be involved

recommendations and their acceptability for local conditions. Consistent implementation of the guidelines' recommendations and their introduction into the work of practitioners on an ongoing basis will improve the quality of nursing care.

Literature

- Adaptation, F. O. R. and Guidelines, O. F. G. 2010. Clinical Governance Advice Development of RCOG green-top guidelines: consensus methods for adaptation of green-top guidelines, (1), pp. 1–9.
- AGREE II - AGREE Enterprise website (no date). Available at: <https://www.agreetrust.org/agree-ii/> (Accessed: 10 November 2020).
- Institute of Medicine: Clinical Practice Guidelines We Can Trust', 2011. ed: Graham, R. Mancher, M., Miller Wolman, D., Greenfield, S. & Steinberg, E., The National Academies Press.
- Grol, R. & Grimshaw, J., 2003. 'From best evidence to best practice: Effective implementation of change in patients' care', Lancet. doi: 10.1016/S0140-6736(03)14546-1.
- Kredo, T., Bernhardsson, S., Machingaidze, S., Young, T., Louw, Q., Ochodo, E. & Grimmer, K., 2016. Guide to clinical practice guidelines: The current state of play' International Journal for Quality in Health Care, 28(1). doi: 10.1093/intqhc/mzv115.
- Sackett, D. L. 2000. How to practice and teach EBM, Evidence-based medicine, New York:
- Wallin, L., 2005. Clinical practice guidelines in nursing: a straightforward route to evidence-based practice?, AWHONN lifelines / Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses, 9(3). doi: 10.1177/1091592305279125.
- Kivinen, E., Hopia, H., Järvinen S., Väänänen I., 2018. Metodologicheskaya rekomendaciya po adaptacii klinicheskikh sestrinskih rukovodstv. (Methodological recommendation for the adaptation of international clinical nursing guidelines.)
- Kivinen, E., Hopia, H., Järvinen S., Väänänen I., 2018. Metodologicheskaya rekomendaciya po razrabotke novyh klinicheskikh sestrinskih rukovodstv. (Methodological recommendation how to develop international clinical nursing guidelines.)

Финляндиядағы науқастарға күтім жасау және денсаулық сақтау бойынша клиникалық ұсыныстар: отбасы мүшесі кенеттен қайтыс болғаннан кейін отбасыларды қолдау

Йонна Рейникайнен

Медицина ғылымдарының магистрі, сертификатталған акушер-мейіргер, маман Ювяскюля қолданбалы ғылымдар университеті, Финляндия, jonna.reinikainen@jamk.fi

Ханна Хопиа

PhD, доцент (дәрігерлік күтім жөніндегі ғылым), Аға оқытушы Ювяскюля қолданбалы ғылымдар университеті, Финляндия, hanna.hopia@jamk.fi

Йоханна Хейккиля

PhD, Аға кеңесші, Ювяскюля қолданбалы ғылымдар университеті, Финляндия, johanna.heikkila@jamk.fi

Түйіндеме

Қауіпсіз және жоғары сапалы медициналық көмек көрсетуді қамтамасыз ету үшін клиникалық шешімдер ең үздік қол жетімді деректерге негізделуі керек. Мейіргер ісінің ғылыми-негізделген практикасын дамытуға және енгізуге әрекеттесу үшін мейіргер ісінің ұлттық және халықаралық ғылыми-зерттеу ұйымдары құрылды. Осы мақаланың мақсаты - Финляндияның Мейіргер ісі ғылыми-зерттеу қорымен және оның Финляндиядағы Мейіргер ісі бойынша ұлттық клиникалық ұсыныстарды дамытудағы жұмысымен танысу. Сонымен қатар, мысал ретінде отбасы мүшесі кенеттен қайтыс болғаннан кейін отбасын қолдайтын науқастарға күтім жасау туралы клиникалық нұсқаулық келтірілген.

Түйін сөздер: ғылыми негізделген мейіргер ісі, ғылыми негізделген практика, науқастарға күтім жасау жөніндегі клиникалық ұсыныстар

Кіріспе

Денсаулық сақтау саласында дәлелдерге негізделген тәжірибе (ДНТ) пациенттердің жағдайын, медициналық көмектің сапасы мен экономикалық тиімділігін жақсарту, сондай-ақ жалпы халықтың денсаулық жағдайын жақсарту үшін әлеуетке ие (Melnyk, 2016). Осылайша, ДНТ белсенді түрде дамып, насихатталып, таратылуы тиіс. Осындай мысалдардың бірі - Джоанна Бриггс институты (ДБИ), бүкіл әлемде денсаулық сақтауды жақсарту үшін оқыту, құралдар және білім берумен қатар ғылыми негізделген ақпаратты әзірлеуге және таратуға бағытталған халықаралық зерттеу ұйымы. ДБИ-мен бірлесіп жұмыс істейтін ұлттық және аймақтық ұйымдар мен қорларды бүкіл әлем бойынша табуға болады. Финляндияда мұндай ұйым Мейіргер ісінің ғылыми-зерттеу қоры болып табылады (MIF3K, немесе фин тілінде Hotus).

Бұл мақалада MIF3K/HOTUS-тің ұлттық деңгейдегі ғылыми негізделген мейіргер ісінің промоутері және әзірлеушісі ретіндегі жұмысы және олардың мейіргер ісі бойынша клиникалық ұсыныстарды әзірлеу процесі сипатталған. Мақалада сондай-ақ мейіргер іс бойынша

қолданыстағы клиникалық нұсқаулықтардың бірінің мысалы келтірілген: отбасы мүшесі кенеттен қайтыс болғаннан кейін отбасын қолдау.

МІҒЗҚ/HOTUS-тан науқастарға күтім жасау жөніндегі ұлттық клиникалық ұсыныстар

МІҒЗҚ/ HOTUS - бұл ұлттық және халықаралық саясатқа сәйкес ДНТ әзірлеу арқылы науқастарға тиімді, барабар, жүзеге асырылатын және маңызды күтім жасауға ықпал ететін коммерциялық емес ұйым. Науқастарға күтім жасау жөніндегі клиникалық нұсқаулар МІҒЗҚ/HOTUS 2008 жылдан бастап жарияланды және жаңартылды, ал 2020 жылға қарай жарияланған ұсыныстардың жалпы саны 17 құрады, оның жетеуі созылмалы обструктивті өкпе ауруы туралы толық нұсқаулықтарды қамтиды. Олар кәсіпқойлар үшін де, қалың жұртшылық үшін де Қор сайтында еркін қолжетімді.

Мейіргер ісі бойынша клиникалық нұсқаулықтарды әзірлеуде ашықтық басымдық болып табылады: тарихтың басталуы, әдіснамалық тәсіл, іздеу стратегиясы, дәлелдемелер деңгейіне шолу, сонымен қатар нұсқаулық қағидаттарды құрастыруда қолданылатын әдебиеттер көпшілікке жарияланады. Бұдан басқа, Нұсқаулық қағидаттары жөніндегі жұмыс тобының мүшелері нұсқаулық қағидаттарын әзірлеу жұмысына қатысар алдында өздерінің ықтимал мүдделері туралы мәлімдеуге тиіс (Siltanen, et al., 2020).

Клиникалық мейіргер ісі бойынша нұсқаулықты әзірлеу процесі денсаулық сақтаудың немесе пациенттердің қажеттіліктерінен басталады. Сондықтан кез-келген адам МІҒЗҚ/HOTUS веб-сайты арқылы науқастарға күтім жасау бойынша клиникалық нұсқаулық тақырыбын ұсына алады. Бұл ұсыныстар қарастырылып, МІҒЗҚ/HOTUS-тың зерттеулер жөніндегі директорынан, зерттеушілерден және алғашқы медициналық көмек, мамандандырылған денсаулық сақтау, қолданбалы ғылымдар университеттері мен ғылыми университеттердің төрт маманынан тұратын үйлестіру тобына ұсынылады. Тақырыпты таңдағаннан кейін зерттеу саласынан да, практикадан да мамандар осы тақырып бойынша кәсіби әртүрлілік пен үздік тәжірибені қамтамасыз ететіндей нұсқаулық қағидаттары бойынша жұмыс тобы жиналады (Siltanen, et al., 2020).

Нұсқаулық қағидаттары бойынша жұмыс тобының жұмысы клиникалық мейіргер ісі жөніндегі нұсқаулықтың бастапқы жоспарын әзірлеуден басталады. Жұмыс тобы осы тақырып бойынша өздерінің ғылыми білімдерді іздеу жұмыстарын жалғастырмас бұрын жоспарды Нұсқаулық қағидаттары жөніндегі үйлестіру тобы қабылдауы тиіс. Жұмыс тобы қолда бар білімнің сапасын мұқият және сыни тұрғыдан зерделеп, бағалауы, дәлелділік деңгейін қайта қарауы және нұсқаулық қағидаттар жобасын жасау үшін табылған дәлелдемелердің негізінде ұсынымдар қалыптастыруы тиіс. Ұсынымдардың дәлелділік деңгейін бағалау кезінде жұмыс тобы осы мәселе бойынша жарияланған зерттеулердің санын, дәлелдемелердің әдістемелік сапасы мен нәтижелердің қолданылуын қоса, нәтижелердің конгруэнттігін мен жекелеген зерттеулер дәлелдемелерінің күшін назарға алуға тиіс. Осы жұмыс барысында МІҒЗҚ/ HOTUS басқарушы жұмыс топтарына нұсқаулық ұсына, сонымен қатар әр кезеңде жұмыс тобының мүшелерін оқыта және тәлім бере отырып, жұмыс тобын қолдайды. Түпкілікті пысықтау үшін жұмыс тобына оралмас бұрын нұсқаулық қағидаттарының түпкілікті жобасы Нұсқаулық қағидаттары бойынша үйлестіру тобына ұсынылады және қарау мен ескертулер үшін әртүрлі сарапшыларға жіберіледі (Siltanen et al., 2020). Науқастарды клиникалық күту жөніндегі нұсқаулықты әзірлеу аяқталғаннан кейін ол жарияланады және МІҒЗҚ/HOTUS таратады. Осыдан кейін нұсқаулық кем дегенде үш жылда бір рет немесе осы салада маңызды ғылыми білім жарияланса қайта қаралады және жаңартылады (Siltanen et al., 2020).

Нұсқаулық: отбасы мүшесі кенеттен қайтыс болғаннан кейін отбасыларды қолдау

Отбасы мүшесі кенеттен қайтыс болғаннан кейін отбасыларды қолдау үшін клиникалық мейіргерлік ісі бойынша нұсқаулыққа сұраныс болды, өйткені Фин денсаулық сақтау саласында мұндай жағдайлар үшін бірыңғай тәжірибе болған жоқ. Сонымен қатар, мұндай қолдаудың күрделі сипатына және емделмеген психологиялық жарақаттың ұзақ мерзімді қолайсыз әсерінің қаупіне байланысты егжей-тегжейлі ұсыныстар қажет болды.

Нұсқаулық 11 тақырыптан тұрады, олардың әрқайсысы А әрпінен (күшті ғылыми дәлелдемелер) D әрпіне (ғылыми дәлелдемелердің болмауы) дейін олардың дәлелділік деңгейін көрсете отырып, бірден беске дейінгі ұсынымдық ережеден тұрады (1-кесте). Ұсынымдық ережелер сондай-ақ осы мақалада ұсынылмаған практика бойынша неғұрлым егжей-тегжейлі нақты нұсқаулықтармен толықтырылады.

1-кесте. Отбасы мүшесі кенеттен қайтыс болғаннан кейін отбасы мүшелерін қолдау - нұсқаулық ұсыныстар және дәлелдеу деңгейі

Тақырып	Ұсынымдық ережелер және дәлелдеу деңгейі
1. Отбасымен кездесу	Отбасымен олардың қажеттіліктері мен мәдениетін ескере отырып, жеке, шын жүректен, жанашырлықпен және құрметпен кездесіңіз. (B) Отбасының негізгі қажеттіліктерін ескеріңіз. (C) Сабырлы болыңыз және күшті реакцияларға дайын болыңыз. (D) Жылы шырайлы, айқын және тыныш дауыспен сөйлеңіз. (D)
2. Қаза және оның себептері туралы хабарлама	Қаза туралы пәнаралық топпен мүмкіндігінше тезірек және барлық отбасы мүшелеріне хабарлаңыз. (B) Қазаны, өлім оқиғасын болдырмау үшін қабылданған шаралар және өлімнің шарасыздығы туралы түсінікті тілде тікелей, адал және жанашырлықпен айтыңыз. Ақпарат алғаннан кейін отбасы мүшелерінің жалғыз қалмауына көз жеткізіңіз.
3. Отбасын қолдау желісін құру және аза процесін қосу	Қаза оқиғасы және отбасын қолдаудың маңыздылығы туралы қолдау желісі мүшелерінің түсінігін жақсартыңыз. (B) Балалардың ересектердің қолдауына ие екеніне көз жеткізіп, ересектерге балаларды қолдаудың әртүрлі шаралары туралы ақпарат беріңіз. (B)
4. Марқұммен қоштасу	Марқұмның келбетін сипаттап, мәйітпен қоштасу кезінде қандай реакциялар күтілетіндігін айта отырып, отбасын марқұммен қоштасуға дайындаңыз. (B) Тіпті бұл оқиға олардың алаңдаушылығын бір сәтке күшейтетін болса да, отбасын қоштасуға шақырыңыз. (B) Отбасының мәдени немесе жеке көзқарастарын ескере отырып, оларға қоштасудың әртүрлі тәсілдері туралы айтыңыз. (B) Марқұмдарға құрметпен қараңыз және олар туралы аттарын атап сөйлеңіз. (B) Отбасына қоштасуға жеткілікті уақыт беріңіз және қажет болған жағдайда оларды мұны бірнеше рет жасауға шақырыңыз. (B)

5. Естеліктерді жинау	Отбасының марқұмды есте сақталарына қолдау көрсетіңіз. (B) Өлімнен аман қалғандарды және олардың отбасыларын естеліктер жинауға шақырыңыз. Қажет болса, отбасыңызға осы естеліктерді жинауға көмектесіңіз. (B)
6. Нақты қолдауды ұсыныңыз	Отбасының нақты қолдау қажеттілігінің картасын жасаңыз. Оларды қолдауға бағыттаңыз және оларды қолдау алуға шақырыңыз. (B) Ауру демалысына немесе қажетті дәрі-дәрмектерге қажеттілікті қарастырыңыз. (D) Қажет болған жағдайда отбасын бұқаралық ақпарат құралдарынан қорғаңыз. (D)
7. Жерлеуді ұйымдастыруға басшылық	Отбасына жерлеу рәсімдерін ұйымдастыру және ол үшін қажетті құжаттар туралы ақпарат беріңіз. (B) Отбасын баланы (балаларды) жерлеу мен еске алуды ұйымдастыруға қосуға шақырыңыз. (D)
8. Ақпаратты отбасына дейін жеткізу	Отбасы кейінірек оралуы үшін ауызша ақпаратпен қатар жазбаша ақпарат беріңіз. (B) Дәрігермен немесе патологоанатоммен өлімнің себептерін талқылау мүмкіндігін ұйымдастырыңыз. (B) Кәсіби және ерікті ұйымдар ұсынатын қолдау, күтім және оңалту мүмкіндіктері туралы ақпарат беріңіз. (B) Қаржылық қолдау және әлеуметтік жеңілдіктерді алу мүмкіндіктері туралы ақпарат беріңіз. (B)
9. Отбасын қолдау топтарына бағыттау	Отбасын өзара көмек топтарына бағыттаңыз, өйткені өзара көмек кенеттен қайтыс болған отбасы үшін пайдалы. (B)
10. Қолдаудың үздіксіздігін қамтамасыз ету	Отбасының тұрақты қолдауға қажеттілігін анықтаңыз және қажет болған жағдайда әртүрлі агенттермен/қызметтермен байланыс орната отырып, оны соған бағыттаңыз. (B) Сіз ұсынатын ұйым отбасына жүйелі және ұзақ мерзімді қолдау көрсететініне көз жеткізіңіз. (B)
11. Аза процестері мен отбасы мүшелерінің өз-өзін ұстауды және осы процестердің салдарын талқылау	Отбасы мүшелерімен аза және өз-өзін ұстау процестерінің даралығын, өз-өзін ұстау тетіктерін және өлімнің себебіне байланысты қайғы-қасіреттің ерекше сипаттамаларын талқылаңыз. (B) Отбасымен қайғы-қасіреттің ықтимал салдарын және олардың қазалары болашаққа қалай әсер етуі мүмкін екенін талқылаңыз. (B)

Мұндағы: А=Күшті ғылыми дәлелдер; В=Қалыпты ғылыми дәлелдер; С= Жеткіліксіз ғылыми дәлелдер; D=Ғылыми дәлелдер жоқ.

Нұсқаулық та іске асыру жөніндегі ұсыныстарды (өңірлік тренингтер, оларды медицина қызметкерлерін оқытуға қосу және іс-қимылдарды ұйымдастырушылық жоспарлау) қамтиды, ғылыми-зерттеу негіздемелерінің кемшіліктері туралы хабарлайды және осы тақырып бойынша одан әрі зерттеулердің қажеттілігін айқындайды. Бір қызығы, осы тақырыптағы зерттеулердің көпшілігі сапалы сипатта болғандықтан, нұсқаулықтағы негіздеу деңгейі негізінен қалыпты. Алайда, алдыңғы ұсыныстардың болмауына байланысты бұл нұсқаулық кенеттен қайтыс болғандардың отбасыларын қолдау үшін мейіргер практикасын дамытудың пайдалы құралы болып табылады.

Қорытындылар

Осы мақалада келтірілген мейіргерлік клиникалық нұсқаулықтарды әзірлеу процесінің мысалы басқа елдерде ұқсас күш-жігерді ұйымдастырудың және қолданудың үлгілерінің бірі болып табылады. Нұсқаулық қағидаттарын әзірлеу бойынша жұмысты ұйымдастыруға қарамастан, зерттеу нәтижелерін педанттық бағалау және түпкілікті ашықтық негізгі элементтер болып табылады. Алайда, тіпті ең күшті ғылыми дәлелдері бар нұсқаулық күнделікті практикада қолданылмаса пайдалы болып табылмайды. Ғылыми негізделген практика бағытында мейіргер ісін дамыту бүкіл әлемде өмірлік маңызды мақсат болып табылады. Бұл нәтижеге қол жеткізу үшін мейіргерлер қауымдастығы, оқытушылар мен менеджерлер күтім жөніндегі ғылыми негізделген клиникалық ұсыныстарын жүйелі және белсенді түрде таратып, практикаға енгізуі керек. Сонымен қатар, мейіргер ісінің көшбасшылары әртүрлі медициналық мекемелерде ғылыми негізделген практиканы басқаруда және жылжытуда шешуші рөл атқарады. Сондықтан клиникалық мейіргер ісінің нұсқаулық қағидаттарын енгізу ұлттық деңгейден бастап жеке мейіргерлер деңгейіне дейін жаңартылған іс-шаралар жоспарын және қатысуды қажет етеді (Jylhä, et al., 2017). Барлық тартылған тараптар мен мүдделі тараптар ДНТ-ның мәні мен негіздемесін түсініп, енгізу процесінде өздерінің рөлін қарастырғанда, бұл тиімдірек денсаулық сақтауға тағы бір маңызды қадамға айналады.

Клинические рекомендации по уходу за больными и здравоохранению в Финляндии: поддержка семей после внезапной смерти члена семьи

Йонна Рейникайнен

Магистр медицинских наук, сертифицированная медсестра-акушерка, специалист
Университет прикладных наук Ювяскюля, Финляндия, jonna.reinikainen@jamk.fi

Ханна Хопиа

PhD, доцент (в области сестринского дела), Старший преподаватель
Университет прикладных наук Ювяскюля, Финляндия, hanna.hopia@jamk.fi

Йоханна Хейккиля

PhD, Старший советник
Университет прикладных наук Ювяскюля, Финляндия, Johanna.heikkila@jamk.fi

Резюме

Чтобы обеспечить безопасное и высококачественное медицинское обслуживание, необходимо, чтобы клинические решения основывались на наилучших имеющихся данных. Национальные и международные научно-исследовательские организации сестринского дела были созданы для содействия развитию и внедрению доказательной практики сестринского дела. Целью данной статьи является ознакомление с Финским научно-исследовательским фондом сестринского дела и его работой в развитии национальных клинических рекомендаций по сестринскому делу в Финляндии. Кроме того, в качестве примера приводится клиническое руководство по уходу за больными, поддерживающими семью после внезапной смерти члена семьи.

Ключевые слова: доказательное сестринское дело, доказательная практика, клинические рекомендации по уходу за больными

Введение

В здравоохранении доказательная практика (ДП) имеет потенциал для улучшения состояния пациентов, качества и экономической эффективности медицинской помощи, а также улучшения состояния здоровья населения в целом (Melnyk, 2016). Таким образом, ДП должна активно разрабатываться, пропагандироваться и распространяться. Одним из таких примеров является Институт Джоанны Бриггс (ИДБ) - международная исследовательская организация, которая стремится разрабатывать и распространять научно-обоснованную информацию наряду с обучением, инструментами и образованием для улучшения здравоохранения во всем мире. Национальные и региональные организации и фонды, работающие в сотрудничестве с ИДБ, можно найти по всему миру. В Финляндии такой организацией является Научно-Исследовательский Фонд Сестринского Дела (НИФСД, или Notus по-фински).

В данной статье описывается работа НИФСД/NOTUS как промоутера и разработчика доказательного сестринского дела на национальном уровне и их процесс разработки клинических рекомендаций по сестринскому делу. В статье также приводится пример одного из существующих клинических руководств по сестринскому делу: поддержка семей после внезапной смерти члена семьи.

Национальные клинические рекомендации по уходу за больными от НИФСД/NOTUS

НИФСД/ NOTUS - это некоммерческая организация, способствующая эффективному, адекватному, осуществимому и значимому уходу за больными путем разработки НОП в соответствии как с национальной, так и с международной политикой. Клинические рекомендации по уходу за больными были опубликованы и обновлены НИФСД/NOTUS с 2008 года, и к 2020 году общее число опубликованных рекомендаций составляет 17, из которых семь рекомендаций включают полное руководство по Хронической Обструктивной Болезни Легких. Они находятся в свободном доступе на сайте фонда как для профессионалов, так и для широкой публики.

В разработке клинических руководств по сестринскому делу, прозрачность является приоритетом: предыстория, методологический подход, стратегия поиска, обзоры уровня доказательств, а также литература, используемая при составлении руководящих принципов, публикуются публично. Кроме того, члены Рабочей группы по руководящим принципам должны заявить о своих возможных интересах перед участием в работе по разработке руководящих принципов (Силтанен и др., 2020).

Процесс разработки руководства по клиническому сестринскому делу начинается с потребностей здравоохранения или пациентов. Поэтому любой желающий может предложить тему для клинического руководства по уходу за больными через веб-сайт НИФСД/NOTUS. Эти предложения рассматриваются и предоставляются координационной группе руководящих принципов, который состоит из директора по исследованиям НИФСД/NOTUS, исследователей и четырех специалистов из первичной медицинской помощи, специализированного здравоохранения, университетов прикладных наук и научных университетов. После выбора темы собирается рабочая группа по руководящим принципам, чтобы специалисты как из области исследований, так и из практики обеспечили профессиональное разнообразие и наилучший опыт по данной теме (Силтанен и др., 2020).

Работа рабочей группы по руководящим принципам начинается с разработки первоначального плана руководства по клиническому сестринскому делу. Прежде чем рабочая группа сможет продолжить свою работу по поиску научных знаний по данной теме, план должен быть принят Координационной группой по руководящим принципам. Рабочая группа должна тщательно и критически изучить, и оценить качество имеющихся знаний, пересмотреть уровень доказательности и сформировать рекомендации на основе обнаруженных доказательств для составления проекта руководящих принципов. При оценке уровня доказательности рекомендаций рабочая группа должна принимать во внимание количество опубликованных исследований по данному вопросу, конгруэнтность результатов и силу доказательств отдельных исследований, включая их методологическое качество и применимость результатов. В ходе этой работы НИФСД / NOTUS, предлагая руководство для руководящих рабочих групп, а также обучая и наставляя членов рабочей группы на каждом этапе, поддерживают рабочую группу. Прежде чем вернуться в рабочую группу для окончательной доработки окончательный проект руководящих принципов представляется координационной группе по руководящим принципам и направляется различным экспертам для рассмотрения и замечаний (Силтанен и др., 2020). После завершения разработки руководства по клиническому уходу за больными оно публикуется и распространяется НИФСД/NOTUS. После этого руководство пересматривается и обновляется не реже одного раза в три года или если были опубликованы значительные научные знания в этой области (Siltanen, et al., 2020).

Руководство: поддержка семей после внезапной смерти члена семьи

Существовал спрос на руководство по клиническому сестринскому делу для поддержки семей после внезапной смерти члена семьи, поскольку в Финском здравоохранении не было единой практики для таких ситуаций. Кроме того, была необходимость в подробных рекомендациях из-за сложного характера такой поддержки и риском долгосрочных неблагоприятных последствий необработанной психологической травмы.

Руководство состоит из 11 тем, каждая из которых включает от одного до пяти рекомендательных положений с указанием их уровня доказательности буквой от А (Сильные научные доказательства) до D (отсутствие научных доказательств) (Таблица 1). Рекомендательные положения также дополняются более подробными конкретными инструкциями по практике, которые не представлены в данной статье.

Таблица 1: Поддержка членов семьи после внезапной смерти члена семьи: руководящие рекомендации и уровень доказательности

Тема	Рекомендательные положения и уровень доказательности
1. Встреча с семьей	Встречайтесь с семьей индивидуально, искренне, сочувственно и уважительно, принимая во внимание их потребности и культуру. (B) Позаботьтесь об основных потребностях семьи. (C) Сохраняйте спокойствие и будьте готовы к сильным реакциям. (D) Говорите дружелюбным, ясным и спокойным голосом. (D)
2. Сообщение о смерти и ее причинах	Сообщите о смерти с междисциплинарной командой, если это возможно, как можно скорее и всем членам семьи одновременно. (B) Говорите в прямой, честной и сочувственной манере на понятном языке о мерах, принятых для того, чтобы избежать смерти, события смерти и о неизбежности смерти. Убедитесь, чтобы члены семьи не остались одни после получения информации.

3. Создание сети поддержки семьи и включение процесса скорби	Улучшите понимание членов сети поддержки о событии смерти и важности поддержки семьи. (B) Убедитесь, что дети пользуются поддержкой взрослых, и дайте взрослым информацию о различных мерах поддержки детей. (B)
4. Прощания с покойным	Подготовьте семью к прощанию с покойным, описав внешность покойного и рассказав, какие реакции ожидаются при прощании с телом. (B) Поощряйте семью проститься, даже если это событие может на мгновение усилить их тревогу. (B) Расскажите семье о различных способах прощания, не забывая о их культурных или личных взглядах. (B) Относитесь к умершим с уважением и говорите о них по имени. (B) Дайте семье достаточно времени, чтобы попрощаться, и предложите им сделать это несколько раз, если это необходимо. (B)
5. Сбор воспоминаний	Поддержите семью в их запоминании умершего. (B) Поощряйте тех, кто пережил смерть и их семьи собирать воспоминания. Если нужно, помогите семье собрать эти воспоминания. (B)
6. Предлагайте конкретную поддержку	Составьте карту потребности семьи в конкретной поддержке. Направляйте их на поддержку и поощряйте их получать поддержку. (B) Рассмотрите потребности в отпуске по болезни или необходимых фармацевтических препаратах. (D) При необходимости защитите семью от средств массовой информации. (D)
7. Руководство организацией похорон	Дайте семье информацию об организации похорон и необходимых для этого документах. (B) Поощряйте семью включать ребенка (детей) в организацию похорон и поминовение. (D)
8. Доведение информации до семьи	Дайте письменную информацию наряду с устной информацией, чтобы семья могла вернуться к ней позже. (B) Организируйте возможность обсудить с врачом или патологоанатомом причины смерти. (B) Дайте информацию о возможностях поддержки, ухода и реабилитации, предлагаемых профессиональными и добровольными организациями. (B) Предоставьте информацию о финансовой поддержке и возможностях получения социальных льгот. (B)
9. Направление семьи в группы поддержки	Направляйте семью в группы взаимопомощи, так как взаимопомощь полезна для семьи внезапно умершего. (B)
10. Обеспечение непрерывности поддержки	Определите потребность семьи в постоянной поддержке и направьте ее на это, установив при необходимости контакты с различными агентами/службами. (B) Убедитесь, что организация, которую вы представляете, оказывает семье систематическую и долгосрочную поддержку. (B)
11. Обсуждение процессов скорби и совладания членов семьи и последствий этих процессов	Обсудите с членами семьи индивидуальность процессов скорби и совладания, механизмы совладания и специфические характеристики горя, связанные с причиной смерти. (B) Обсудите с семьей возможные последствия горя и то, как их потеря может повлиять на будущее. (B)

Обозначения: A=Убедительные научные доказательства; B=Умеренные научные доказательства;

C= Недостаточные научные доказательства; D=Нет научных доказательств.

Руководство также включает предложения по реализации (региональные тренинги, включение их в обучение медицинских работников и организационное планирование действий), сообщает о недостатках научно-исследовательских обосновании и определяет необходимость дальнейших исследований по данной теме. Примечательно, что, поскольку большинство исследований по этой теме носят качественный характер, уровень обоснованности в руководстве в основном умеренный. Однако из-за отсутствия предыдущих рекомендаций данное руководство является полезным инструментом для развития сестринской практики по поддержке семей внезапно умерших.

Выводы

Пример процесса разработки клинических руководств по сестринскому делу, представленный в этой статье, является одной из моделей организации и применения аналогичных усилий в других странах. Независимо от организации работы по разработке руководящих принципов, педантичная оценка результатов исследований и предельная прозрачность являются ключевыми элементами. Однако даже руководство с самыми сильными научными доказательствами не является полезным, если оно не принимается в повседневную практику. Развитие сестринского дела в направлении доказательной практики является жизненно важной целью во всем мире. Для достижения этого результата сообщества медсестер, преподаватели и менеджеры должны систематически и активно распространять, и внедрять в практику научно-обоснованные клинические рекомендации по уходу. Кроме того, лидеры сестринского дела играют решающую роль в руководстве и продвижении научно-обоснованных практик в различных медицинских учреждениях. Поэтому внедрение руководящих принципов клинического сестринского дела требует обновленных планов действий и участия на всем пути от национального уровня до уровня отдельных медсестер (Jylhä, et al., 2017). Когда все вовлеченные стороны и заинтересованные стороны понимают смысл и обоснование ДП и рассматривают свою собственную роль в процессе внедрения, это становится еще одним важным шагом к более эффективному здравоохранению.

Clinical guidelines for nursing and healthcare in Finland: supporting families after sudden death of a family member

Jonna Reinikainen

MSc (Health Science), CNM, specialist
JAMK University of Applied Sciences, Finland, jonna.reinikainen@jamk.fi

Hanna Hopia

PhD, Docent (Nursing Science), Principal Lecturer
JAMK University of Applied Sciences, Finland, hanna.hopia@jamk.fi

Johanna Heikkilä

PhD, Senior Advisor
JAMK University of Applied Sciences, Finland, Johanna.heikkila@jamk.fi

Abstract

To be able to provide safe and high-quality healthcare, it is necessary that clinical decisions are based on the best available evidence. National and international nursing research organizations have been established to advance the development and implementation of evidence-based nursing practice. The aim of this article is to introduce the Finnish Nursing Research Foundation and its work in developing national clinical guidelines for nursing in Finland. In addition, a clinical nursing guideline of supporting families after the sudden death of a family member is presented as an example.

Key words: *evidence-based nursing, evidence-based practice, clinical nursing guidelines*

Introduction

In healthcare, evidence-based practice (evidence-based practice) has potential to improve the patient outcomes and the quality and cost-effectiveness of care, as well as enhance the health outcomes of populations in general (Melnyk, 2016). Thus, evidence-based practice must be actively developed, advocated, and disseminated. One such example is Joanna Briggs Institute (JBI), an international research organization which aims to develop and disseminate evidence-based information along with offering training, tools, and education to improve healthcare globally. National and regional organizations and foundations that work in collaboration with JBI can be found all around the globe. In Finland, such entity is Nursing Research Foundation (NRF, or HOTUS in Finnish).

This article describes the work of NRF/HOTUS as a promoter and developer of evidence-based nursing on the national level and their process of developing clinical guidelines for nursing. The article also introduces an example of one of the existing clinical nursing guidelines: Supporting families after the sudden death of a family member.

National Clinical Nursing Guidelines by NRF/HOTUS

NRF/HOTUS is a non-profit organization promoting effective, appropriate, feasible, and meaningful nursing by the development of evidence-based practice that is in accordance with both national and international policies. Clinical nursing guidelines have been published and updated by NRF/HOTUS

since 2008 and by 2020, the total number of published guidelines is 17, out of which seven guidelines comprise a guideline entirety Chronic Obstructive Pulmonary Disease. They are freely available on the website of the foundation for both professionals and the public.

In the development of clinical nursing guidelines, transparency is a priority: the background, methodological approach, search strategy, reviews of the level of evidence, and the literature used in the making of guidelines are reported publicly. In addition, the Guidelines Working Group members must state their possible interests before participating in the guideline development work (Siltanen, et al., 2020).

The process of developing a clinical nursing guideline begins from the needs of healthcare or patients. Therefore, anyone can suggest a topic for a clinical nursing guideline through NRF/HOTUS website. The suggestions are reviewed and presented to the Guidelines Coordination Group, which consists of the NRF/HOTUS research director, researchers and four specialists from primary healthcare, specialized healthcare, universities of applied sciences, and scientific universities. After the topic is chosen, a Guidelines Working Group is assembled so that specialists from both the field of research and practice are represented in a manner that ensures professional diversity and the best expertise on the topic (Siltanen et al., 2020).

The work of the Guidelines Working Group begins with drafting an initial plan for the clinical nursing guideline. The plan must then be accepted by the Guidelines Coordination Group before the Working Group can continue their work with the search for scientific knowledge on the topic. The Working Group must carefully and critically search and evaluate the quality of the existing knowledge, review the level of evidence, and form recommendations based on discovered evidence to compile a guideline draft. In assessing the level of evidence for the recommendations, the Working Group must take into account the number of published studies on the issue, the congruence of the results, and the strength of evidence of the individual studies including their methodological quality and the applicability of the results. During this work, NRF/HOTUS supports the Working Group by offering a manual for Guidelines Working Groups and training and mentoring the Working Group members in every phase. The final guideline draft is presented to the Guidelines Coordination Group and sent to various experts for review and comments before returning to the Working Group for finalization (Siltanen, et al., 2020). When the clinical nursing guideline has been finalized, it is published and disseminated by NRF/HOTUS. After that, the guideline is reviewed and updated at least every third year or if significant research knowledge in the field has been published (Siltanen, et al., 2020).

Guideline: Supporting families after the sudden death of a family member

There was a demand for the clinical nursing guideline to support families after the sudden death of a family member since there was no uniform practice for such situations in the Finnish healthcare. In addition, detailed recommendations were seen necessary because of the challenging nature of such support and the risk of long-term adverse effects of untreated psychological trauma.

The guideline is organized in 11 themes, each of them including one to five recommendation clauses with their level of evidence stated with a letter from A (Strong scientific evidence) to D (No scientific evidence) (Table 1). Recommendation clauses are also supplemented with more detailed concrete instructions for practice, which are not presented in this article.

Table 1. Supporting family members after the sudden death of a family member guideline recommendations and level of evidence

Theme	Recommendation clauses and level of evidence
1. Meeting the family	<p>Meet the family individually, genuinely, empathetically, and respectfully, taking into account their needs and culture (B)</p> <p>Take care of the family's basic needs. (C)</p> <p>Stay calm and prepare to face strong reactions. (D)</p> <p>Talk with a friendly, clear, and calm voice. (D)</p>
2. Delivering a message of death and its causes	<p>Give information about the death with a multidisciplinary team if possible, as soon as possible, and together with all the family members. (B)</p> <p>Talk in a straight, honest, and empathetic manner with understandable language about the measures taken to avoid the death, the event of death, and the unavailability of the death.</p> <p>Make sure the family members aren't left alone after receiving the information.</p>
3. Mapping the supporting network for the family and enabling grieving process	<p>Increase the supporting network members' understanding of the event of death and the importance of supporting the family. (B)</p> <p>Make sure the children have the support of the adults and give adults information about different measures to support children. (B)</p>
4. Farewells to the deceased	<p>Prepare the family to give their farewells to the deceased by describing the appearance of the deceased and by telling what kind of reactions are expected when going to see the body. (B)</p> <p>Encourage the family to give their farewells, even though the event may momentarily increase their anxiety. (B)</p> <p>Tell the family about the different ways to give their farewells, not forgetting their cultural or personal views. (B)</p> <p>Treat the deceased with respect and talk about them by their name. (B)</p> <p>Give the family sufficient time to say their goodbyes and offer them the chance to do it multiple times if necessary. (B)</p>
5. Gathering memories	<p>Support the family in their memorizing of the deceased. (B)</p> <p>Encourage those who experienced a stillbirth and their families to gather memories. If needed, help the family to gather these memories. (B)</p>
6. Offering concrete support	<p>Map the family's need for concrete support. Direct them to the support and encourage them to receive support. (B)</p> <p>Consider the needs for sick leave or necessary pharmaceuticals. (D)</p> <p>If needed, protect the family from the media. (D)</p>
7. Guiding with the funeral arrangements	<p>Give the family information about funeral arrangements and the documents needed for them. (B)</p> <p>Encourage the family to include child(ren) in the funeral arrangements and commemoration. (D)</p>

8. Giving information to the family	Give written information along with verbal information, so that the family can return to it later. (B) Organize a chance to discuss with a doctor or pathologists about the causes of death. (B) Give information about the support, care, and rehabilitation possibilities offered by professional and voluntary organizations. (B) Give information about financial support and the possibilities regarding social benefits. (B)
9. Referring the family to peer support groups	Refer the family to peer support groups, as peer support is beneficial for the family of the suddenly deceased. (B)
10. Ensuring the continuity of the support	Identify the family's need for continuing support and direct them towards it by creating contacts with various agents/services if necessary. (B) Make sure the family has been offered systematic and long-lasting support by the organization you represent. (B)
11. Discussing of the family members' grieving and coping processes and the consequences of these processes	Discuss with the family members about the individuality of the grieving and coping processes, coping mechanisms, and the specific characteristics of the grief related to the cause of death. (B) Discuss with the family about the possible consequences of the grief and how their loss may affect the future. (B)

Legend: A=Strong scientific evidence; B=Moderate scientific evidence; C=scarce scientific evidence; D=No scientific evidence

The guideline also includes suggestions for the implementation (regional training, its inclusion to the education of healthcare professionals and organizational action planning), reports the shortcomings of the research evidence, and identifies the need for future research on the topic. It is noticeable that as most of the research on the topic is qualitative, the level of evidence in the guideline is mostly moderate. However, due to the lack of previous recommendations, the guideline is a useful tool for developing nursing practice to support families of the suddenly deceased.

Conclusions

The example of the process of developing clinical nursing guidelines presented in this article is one model for organizing and applying similar efforts elsewhere. Regardless of the organization of the guideline development work, pedantic evaluation of the research evidence and utmost transparency are the key elements. However, not even a guideline with the strongest scientific evidence is useful if it is not adopted into daily practice. The development of nursing towards evidence-based practice is a vital goal worldwide. To reach this outcome, nursing communities, educators, and managers should disseminate and implement evidence-based clinical nursing guidelines systematically and actively into practice. Furthermore, nursing leaders play a crucial role in directing and promoting evidence-based practices in different healthcare settings. Therefore, the implementation of clinical nursing guidelines requires updated action plans and participation all the way from the national level to the level of individual nurses (Jylhä, et al., 2017). When all the involved parties and stakeholders understand the meaning and rationale of evidence-based practice and consider their own roles in the implementation process, it is one important step closer to more effective healthcare.

Literature

- Joanna Briggs Institute (JBI), (n.d.) JBI Collaboration. Accessed 9.10.2020. Available on: <https://joannabriggs.org/global-reach/collaboration>.
- Jylhä, V., Oikarainen, A., Perälä, M-L. & Holopainen, A., 2017. Facilitating evidence-based practice in nursing and midwifery in the WHO European Region. WHO Publications.
- Melnyk, B.M., 2016. Improving healthcare quality, patient outcomes, and costs with evidence-based practice. In Melnyk, B.M., Gallagher-Ford, L. & Fineout-Overholt, E. (Eds.) Implementing the Evidence-Based Practice (evidence-based practice) Competencies in Healthcare.
- Siltanen, H., Hamari, L., Heikkilä, K., & Holopainen, A., 2020. Hoitosuosittelujen laadinta-käsikirja suositusryhmille [*Manual for Guidelines Working Groups*]. Versio 2.0. Helsinki: Hoitotyön tutkimussäätiö.
- Äkillisesti kuolleen henkilön läheisten tukeminen [*Supporting families after a sudden death of a family member*]. Nursing guideline (online). 2018. Working group set up by Nursing Research Foundation. Helsinki. Nursing Research Foundation. Accessed 16.10.2020. Available on: <https://www.hotus.fi/akillisesti-kuolleen-henkilon-laheisten-tukeminen-hoitosuositus/> [Finnish only].

Дәлелдерді мейіргерлік клиникалық тәжірибеге енгізу мысалдары

Седина Калиндэр - Смайлович

Мейіргер ісі саласындағы ғылымдар магистрі, ғылымдар бакалавры, мейіргер, аға оқытушы

Анжела Бошкин атындағы денсаулық сақтау факультеті, Словения,
skalendersmajlovic@fzab.si

Матя Бахун

Мейіргер ісі саласындағы ғылымдар магистрі, ғылымдар бакалавры, мейіргер, аға оқытушы

Анжела Бошкин атындағы денсаулық сақтау факультеті, Словения, mbahun@fzab.si

Түйіндеме

Мейіргерлер өздерінің күнделікті клиникалық жұмысында пациенттердің әртүрлі мәселелеріне, қажеттіліктері мен мұқтаждықтарына тап болады, бұл клиникалық шешімдердің тиімді қабылдауын талап етеді. Көбінде зерттеу нәтижелерін іс жүзінде қолдану қиын, және бұл өте көп уақытты алуы мүмкін. Ұйымдастырушылық мәдениет, ұйымдастырушылық көшбасшылық, мейіргерлердің білім деңгейін, құзыреттері мен білім алу құрылымын арттыру дәлелді тәжірибені енгізу жолындағы кедергілерді еңсеруге септігін тигізеді. Сондай-ақ мейіргерлер нұсқаулықтары да денсаулық сақтау ұйымдарының клиникалық бөлімшелерінде дәлелді тәжірибені жылжытуда маңызды рөл атқарады. Кәсіби әуестік, пациенттердің әл-ауқатына назар, сыни тұрғыдан ойлау және мейіргер ісінің ағымдағы практикасын сыни бағалау нақты деректерге негізделген өзгерістерді енгізудің маңызды қозғаушы күші болып табылады.

Түйін сөздер: дәлелді клиникалық тәжірибе, ұйымдастыру факторлары, мейіргер ісі, дәлелдерді енгізу

Кіріспе

Медициналық ұйымдар мен басшылар сыни сұраныстар мен қол жетімді дәлелдерді зерттеу күнделікті мейіргер ісінің ажырамас бөлігі болып табылатын құрылымды / мәдениетті/ ортаны құру арқылы нәтижелерді жақсартуға мәжбүр. Мысалы, Magnet аккредитациясын алу үшін ұйым мейіргерлері жаңашыл болып табылатындығын және дәлелдерге негізделген тәжірибе (ДНТ) көмегімен пациенттерді емдеу нәтиждәлелдерге негізделген тәжірибелерін жақсартуға үлес қосатындығын көрсетулері тиіс. Нәтиже үшін сыйақы эволюциясы және реттеуші органдар мен төлеушілер үшін сапалы нәтижелерге көп көңіл бөлу дәлелдерге негізделген тәжірибеге деген ұмтылысты жалғастыруда (Mick, 2017). Дәлелді деректерді клиникалық мейіргерлік тәжірибеге біріктіру жоғары сапалы мейіргерлік көмек көрсету үшін өте маңызды, және мейіргер ісінің көшбасшылары маңызды рөл атқарады (Gifford, et al., 2007). дәлелдерге негізделген тәжірибені жүзеге асыру тек жеке қасиеттерді ғана емес, сонымен қатар мәдениет, жауапкершілік, жұмыс жүктемесі және ресурстар сияқты ұйымның мәнмәтінімен байланысты факторларды да қамтиды (Barría, 2014). Қамқорлық пен қолдау көрсететін ұйымдастырушылық мәдениет мәнмәтінінде көмек көрсету кезінде жоғары сапалы көмек пен пациенттер үшін жақсы нәтижелерге қол

жеткізуге болады (Gallagher-Ford, et al., 2011). Munn және соавторлар (2018) дәлелді деректерді енгізу - шешім қабылдау туралы ақпараттандыру және медициналық көмек көрсету сапасының тұрақты жақсаруын қамтамасыз ету үшін зерттеу деректерін алуға негізгі мүдделі тараптарды тартуға арналған мақсатты және тиімді іс-қимыл кешені екенін атап көрсетеді. Дәлелдемелерді енгізу компоненттеріне мәнмәтінді талдау, практиканың өзгеруіне ықпал ету және процесс пен нәтижелерді бағалау кіреді. Күн сайын өз тәжірибесінде мейіргерлер пациенттердің тиісті араласу үшін тиімді клиникалық шешімдер қабылдауды қажет ететін сұрақтарына, мәселелеріне және қажеттіліктеріне тап болатындығы белгілі (Mick, 2017). Mazurek Melnyk, et al., (2010) және Gallagher – Ford, et al., (2011) дәлелге негізделген клиникалық тәжірибе денсаулық сақтау мәселелерін шешудің ең оңтайлы тәсілі болып табылады, өйткені ол ең үздік дәлелдерді, пациенттерге күтім жасау туралы мәліметтерді және клиникалық тәжірибені, пациенттердің қалауы мен құндылықтарын біріктіреді деп мәлімдейді. Дәлелдемелерді пайдалану кешенді көмек көрсету мәнмәтінінде және қолдаушы ұйымдастырушылық мәдениетке сәйкес қамтамасыз етілген кезде, пациенттерді емдеуде жоғары сапалы көмек пен жақсы нәтижелерге қол жеткізуге болады. Бұл мақаланың мақсаты клиникалық жағдайларда мейіргерлік ғылыми негізделген клиникалық практиканы енгізудің кейбір мысалдарын көрсету болып табылады.

Мейіргер тәжірибесіне енгізілген дәлелдерге негізделген жаңалықтардың мысалдары

Төменде дәлелдерге негізделген клиникалық білімдерді мейіргерлердің клиникалық практикасында қалай қолдануға болатындығы туралы бірнеше мысалдар келтірілген. Бірақ мейіргерлерге қажет ең маңызды нәрсе – олардың ағымдағы клиникалық тәжірибесін әрдайым сыни тұрғыдан бағалау. Кейде олар іздеген жауаптарды алу үшін зерттеу қажет, бірақ көп жағдайда олар жай ғана НЕЛІКТЕН және ҚАЛАЙ сұрақтарын қоюлары керек, және әдетте жауаптар мәліметтер базасында зерттеу нәтижелері, сарапшылардың пікірлері және т. б. сияқты әртүрлі деңгейдегі дәлелдер түрінде болады. Әуестік пен ең үздік ықтимал сапалы мейіргерлік қызмет көрсетуге деген ықылас – бұл ағымдағы практика туралы сұрақтар қоюға және дәлелдер іздеуге итермелейтін негізгі себептер.

1-мысал

Бағаналық жасушаларды ауыстырып қондыру стационарлық бөлімшесінде жұмыс істейтін онкологиялық мейіргерлер тобы кейбіреулері жарақаттарға әкелген пациенттердің құлауының жоғары деңгейіне алаңдады. Тәжірибелі мейіргер бастаған топ практикада әлеуетті өзгерістерді іздеу процесін бағыттауға көмектесу үшін Айова (IOWA) үлгісін қолдануды шешті. Пациенттердің құлаулары нәтижесінде олардың жарақаттануы пациенттер үшін нәтиженің нашарлауына әкелетіндігін ғана емес, сондай-ақ айтарлықтай қаржылық шығындарды талап етуін ескере отырып, ұйым үшін бұл жалпы мәселе болды. Онколог мейіргерлер тобы құлаудың алдын-алу тобын құрды және дәрігерлер, мейіргерлер, физиотерапевттер, терапевттер және аурухананың басқа қызметкерлерін қоса, мүдделі пәнаралық мамандарды шақырды. Команда құлап кетпес үшін ашық түсті сырғанауға қарсы шұлық киген науқастарды қолдайтын көптеген зерттеулерге тап болды. Шұлықтар пилоттық жоба ретінде іске асырылды. Пилоттық жоба кезінде команда пациенттер ашық түсті шұлықтар киген бөлімшелердегі пациенттердің құлау санының төмендеуін тіркеді. Содан кейін команда бүкіл ұйымдағы тәжірибеге өзгерістер енгізуді ұйғарды және пациенттердің құлау деңгейіне ай сайынғы бақылауды жалғастырды (Brown, 2014).

2-мысал

Бұл жобаның мақсаты жарақат алған ересек пациенттерге жылуды реттеу саласындағы дәлелдерге негізделген көмекті енгізу және бағалау бойынша штаттық мейіргердің

басшылығымен бастама әзірлеу болды. Тәжірибеде бақыланатын гипотермияның барлық спектрі бойынша пациенттердің түрлі қажеттіліктерін ескеретін, және жарақаттар алған пациенттерде жылуды реттеуді жақсартуға арналған нұсқаулық ретінде қызмет ететін нақты деректерге негізделген хаттама әзірленіп, іске асырылды. Дәлелдерге негізделген практика хаттамасында 2 негізгі элемент болды. Бірінші бөлім пациенттің температурасына байланысты мақсатты көмек көрсету үшін пәнаралық жылуды реттеу сұлбасынан тұрды. Блок-сұлбада гипотермияны арттыру бойынша прогрессивті шаралар көрсетілді. Екінші бөлімде мейіргер көмекшісінің рөлі, пациенттің келуіне дейін көмек көрсету аймағын дайындау және жарақаттанған пациенттерге көмек көрсету кезінде медициналық персоналға көмек көрсету сипатталды. Персоналдың сауалнамасы мен пациенттер құжаттамасының деректері практиканың өзгеруін алдын-ала және кейінгі бағалау кезінде қолданылды. Жақсартулар қызметкерлердің гипотермиямен ауыратын науқастарды анықтауға, гипотермияны емдеуге және жарақат алған науқастарға көмек көрсету кезінде құжаттауға жақсы дайындалғанын көрсетті. Орташа және ауыр гипотермиясы бар пациенттерде шұғыл көмек көрсету кезінде температураны бақылаудың клиникалық маңызды жақсаруы байқалды (Block, et al., 2012).

Бірнеше жылдан кейін басқа зерттеуде пәнаралық топ температураны бағалауға және жылынуды құжаттауға қатысты өз мекемесінің тәжірибесіндегі олқылықтарды анықтады және тәжірибені өзгерту үшін дәлелдерге негізделген жобаны бастады. Мақсаттар температураны бағалауға дейінгі уақытты азайту, ішкі температураны бағалауды жоғарылату және жылытудың тиісті әдістерін енгізуді арттыру болды. Бұл жобада орындау мен бағалауға негізді қамтамасыз ету үшін Айова дәлелдік практикасының үлгісі қолданылды. Гипотермияның барлық аспектілерін (сырқаттану, ілеспелі/әрекет етуші факторлар, алдын алу, тану және емдеу) қарастыру үшін авторлар әдебиетке шолу жасады. Осы ғылыми негізделген клиникалық деректер персоналды оқыту және даярлау, жабдықтың қолжетімділігі және қоршаған ортаға бейімделу арқылы кейін клиникалық практикада қолданылды. Осыдан кейін гипотермия және гипертермиямен ауыратын науқастар көбірек анықталды, және ішкі температураны бағалаудың едәуір жоғарылауы байқалды, сонымен қатар нормотермиялық пациенттерде көрпе қолдану артты. Бұл жоба мейіргер зерттеулерді клиникалық практикаға айналдыру үшін ғылыми негізделген практикалық үлгіні қалай қолдана алатындығының мысалы болып табылады. Дене қызуын бағалауға және жарақаттары бар пациенттерді жылыту шараларына қатысты озық практиканың араласуы аз шығынмен сәтті жүзеге асырылуы мүмкін (Saqe-Rockoff, et al., 2018).

3-мысал

Keag (2015) өз мақаласында жоғары қан қысымының пайда болу жиілігін және онымен байланысты мәселелерді талқылайды, және пациенттердің өздері хабарлаған жоғары қан қысым туралы мәліметтерді және емдеу әдістері туралы ақпаратты жинауға пациентке бағытталған тәсілдің мысалын ұсынады. Талқыланатын тақырыптар артериялық гипертензияны емдеу және бақылау мәселелерін, емдеу сызбаларына бейілділікті жақсарту стратегияларын әзірлеуді және жоғары қан қысымымен өмір сүру мәселелері туралы ғылыми негізделген деректерді жинауға пациентке бағытталған тәсілді қамтиды.

4-мысал

Қуықты толтыру және оның қызметін қалпына келтіру үшін тұрақты зәр шығару катетерлерін мезгіл-мезгіл қысып тұру ұсынылады. Алайда, кейбір клиникалық зерттеулерге сәйкес, зәр шығару катетерін қысу қуықтың қалпына келуіне әсер етпеді (Hälleberg Nyman, et al., 2010; Gong, et al., 2017).

Тағы бірнеше идеялар: сіз өзіңізден келесі сұрақтарға жауап іздеп көрдіңіз бе- бет терісіндегі түктер мейіргерлік тәжірибеде масқаларды қолдануға қалай әсер етеді – біраз уақыттан бері осыдәлелдер бар (McLure, et al., 2002); қуық пен ішекті жаттықтыру қажет пе және медицина қызметкерлері шамадан тыс белсенді қуық / зәр шығаруды ургентті ұстамайтын адамдарға қуықты қалай ынталандыруы керек және нәжісті ургентті ұстамайтын адамдарға ішектерді қалай жаттықтыру керек (Booth & Bliss, 2020); шала туылған нәрестенің дене жағдайы қалайша апноэны алдын алады (Bauschatz, et al., 2008); кесар тілігінен кейін өз бетінше эпидуралдық анальгезия қалай әрекет етеді (Gordon, et al., 1994); музыка нәрестелердің қарқынды терапия бөлімінде нәрестелердің жағдайын жақсартуға ала ма (Anderson & Patel, 2018); ойылуларды емдеудің қайсысы ең жақсы (Clarke, et al., 2005) және тағы басқалары.

Мейіргерлер өз тәжірибелеріне дәлелдердің ең жоғары деңгейіне негізделген фактілерді енгізісі келеді. Алайда, мейіргерлер қолда бар деректерді іс жүзінде жүзеге асыру үшін оларға уақыт пен көбірек білім қажет екенін атап өтті. Айова үлгісі (Titler, et al., 2001) сияқты дәлелді тәжірибе үлгісін қолдану, мейіргерлерге практиканың өзгеруін ұйымдастыруға және оларға бөлімшеге немесе ұйымға өзгеріс енгізудің қадамдық процесін ұсынуға көмектеседі (Brown, 2014).

Талқылау

Дәлелдерге негізделген клиникалық тәжірибе пациенттерге күтім жасау сапасының жоғары деңгейін қамтамасыз етеді және пациент үшін ең жақсы нәтижелер береді. Бұл тәсіл пациенттердің ауруын азайтатын және өлім санын азайтатын сапалы денсаулықты, қауіпсіздікті және тиімді нәтижелерді қамтамасыз етеді. Дәлелдерге негізделген клиникалық тәжірибені енгізу қазіргі уақытта арасында бір жағдайды емдеуде айтарлықтай ауытқулар бар мейіргер ісінің негіздерін жақсарттады, бұл күтім шығындарын үштен бірге арттырады (Djulgovic, et al., 2015) дәлелдерге негізделген клиникалық практиканы сарапшылар зерттеу жұмысының пайдаланушылары болған кезде және оны клиникалық жұмыста соңғы нәтижелер қазіргі кәсіби тәжірибемен салыстырылатындай етіп көрсеткен кезде зерттеу жұмысымен байланыс ретінде сипаттауға болады деп мәлімдейді. Сонымен қатар, олар қандай идеялар пайдалы болатынын және қазіргі тәжірибені өзгертуге көмектесетінін қарастырады. Wilkinson et al. (2011) дәлелдемелерге негізделген практика келесі дәйекті қадамдармен расталады: клиникалық мәселеге негізделген мәселені тұжырымдау, қолданыстағы әдебиеттерден тиісті дәлелдерді іздеу, зерттеудің дұрыстығын клиникалық бағалау, ғылыми деректерді клиникалық практикада қолдану. Riva et al. (2012) тиісті дәлелдерді қажет ететін клиникалық мәселені тұжырымдау ең қиын деп санайды, сондықтан оны әзірлеу үшін PICOT үлгісін қолдану орынды (P = пациент, I = араласу, C = салыстыру, O = нәтижелер, T = уақыт). Hockenberry, et al. (2011) дәлелді практиканы клиникалық ортаға енгізу, ең алдымен, жүйелі деңгейде өзгерістер енгізу және клиникалық қолданылуын қамтамасыз ету мен клиникалық ортада дәлелдемелерді қабылдау үшін сарапшыларды тартатын ресми топтар құруды талап етеді деп мәлімдейді.

Kueny, et al., (2015) анықтағандай, мәдениет (мекемедегі мінез-құлық пен шешімдерді анықтайтын құндылықтар мен сенімдер), құрылым (көшбасшылық иерархиясы, мекеме ішіндегі шешім иерархиясы) және ресурстар (ішкі және сыртқы) мейіргерлердің мүмкіндіктерін кеңейту және пациенттерге күтімді жақсарту үшін мейіргерлік бөлімшелердегі өзгерістерді бастау үшін мейіргер ісі нұсқаулықтарымен қабылданды. Мейіргер нұсқаулығы ғылыми негізделген практиканы ауруханалардың клиникалық бөлімшелерінде жылжыту үшін маңызды рөл атқарады. Қолдаушы аспектілер қатарына күтулерді белгілеу, қызметкерлерді дәлелдерге

негізделген тәжірибеге шоғырландыру, қызметкерлерді шешім қабылдау процесіне тарту, әр түрлі бөлімшелердің менеджерлері арасындағы ынтымақтастық немесе топтық жұмыс үшін институционалды ризашылық, басқарудың жалпы үлгілері немесе институттардың жалпақ иерархиялық үлгілері және мамандықтар / мейіргерлер / бөлімшелер комитеттері жатады.

Қорытынды

Пациенттерге сапалы күтім жасау көбінесе мейіргерлердің дағдылары мен біліміне байланысты, сондықтан олар тәжірибе жинап, дәлелдерге негізделген тәжірибе бойынша соңғы нұсқауларды ұстануы тиіс. Денсаулық сақтау және, сәйкесінше, мейіргер ісі – күн сайын жаңа деректер пайда болатын серпінді салалар. Мейіргерлер мейіргер ісінің сапасын қамтамасыз ету үшін жаңа деректерді қадағалап, оларды клиникалық тәжірибеде қолдана білуі керек.

Примеры внедрения доказательств в сестринскую клиническую практику

Седина Калиндэр - Смайлович

Магистр наук в области сестринского дела, бакалавр наук, медсестра, старший преподаватель
Факультет здравоохранения им. Анжелы Бошкин, Словения
skalendersmajlovic@fzab.si

Матя Бахун

Магистр наук в области сестринского дела, бакалавр наук, медсестра, старший преподаватель
Факультет здравоохранения им. Анжела Бошкин, Словения, mbahun@fzab.si

Резюме

Медсестры сталкиваются с различными проблемами, потребностями и нуждами пациентов в своей повседневной клинической работе, что требует эффективного принятия клинических решений. Часто бывает сложно применить результаты исследований на практике, и это может занять слишком много времени. Организационная культура, организационное лидерство, повышение уровня знаний, компетенций и образовательной структуры медсестер способствует преодолению препятствий на пути внедрения доказательной практики. Руководство медсестер также играют важную роль в продвижении доказательной практики в клинических подразделениях в организациях здравоохранения. Профессиональное любопытство, внимание к благополучию пациентов, критическое мышление и критическая оценка текущей практики сестринского дела являются важной движущей силой для внедрения изменений на основе фактических данных.

Ключевые слова: научно-обоснованная клиническая практика, организационные факторы, сестринское дело, внедрение научного обоснования

Введение

Медицинские организации и руководители вынуждены улучшать результаты, создавая структуру / культуру / среду, в которой изучение критических запросов и имеющихся доказательств является неотъемлемой частью повседневной медсестринской практики. Например, для получения аккредитации Magnet организация должна продемонстрировать, что медсестры являются новаторами и вносят свой вклад в улучшение результатов лечения пациентов с помощью доказательной практики. Эволюция вознаграждения за результат и повышенное внимание к качественным результатам для регулирующих органов и плательщиков продолжают поддерживать стремление к доказательной практике (Mick, 2017). Интеграция научных данных в клиническую сестринскую практику имеет важное значение для оказания высококачественной сестринской помощи, и лидеры в сестринском деле играют ключевую роль (Gifford, et al., 2007). Реализация доказательной практики включает в себя не только личные качества, но и факторы, связанные с контекстом организации, такие как культура, ответственность, рабочая нагрузка и ресурсы (Barría, 2014). При оказании помощи в контексте заботы и поддерживающей организационной культуры можно достичь высочайшего качества помощи и лучших результатов для пациентов (Gallagher-Ford, et al., 2011). Munn и соавт. (2018) подчеркивают, что внедрение фактических данных – это целенаправленный и эффективный комплекс действий, предназначенный для привлечения ключевых заинтересованных сторон к получению данных исследований для информирования о принятии решений и обеспечения устойчивого улучшения качества оказания медицинской помощи. Компоненты внедрения доказательств включают анализ контекста, содействие изменению практики и оценку процесса и результатов. Известно, что каждый день в своей практике медсестры сталкиваются с вопросами, проблемами и потребностями пациентов, которые требуют принятия эффективных клинических решений для соответствующего вмешательства (Mick, 2017). Mazurek Melnyk, et al., (2010) және Gallagher – Ford, et al., (2011) заявляют, что доказательная клиническая практика является наиболее оптимальным подходом к решению проблем здравоохранения, поскольку она сочетает в себе лучшие доказательства, данные по уходу за пациентами и клинический опыт, предпочтения и ценности пациентов. Когда использование доказательств обеспечивается в контексте оказания комплексной помощи и в соответствии с поддерживающей организационной культурой, могут быть достигнуты высочайшее качество помощи и наилучшие результаты при лечении пациентов. Цель данной статьи – показать некоторые примеры внедрения медсестринской доказательной клинической практики в клинических условиях.

Примеры доказательных нововведений, внедренных в сестринскую практику

Ниже приведены некоторые примеры того, как доказательные клинические знания могут быть применены в клинической практике медсестер. Но самое важное, что нужно медсестрам – это всегда критически оценивать их текущую клиническую практику. Иногда требуется исследование, чтобы получить ответы, которые они ищут, но в большинстве случаев им просто нужно задать вопросы ПОЧЕМУ И КАК, и обычно ответы уже есть в базах данных в виде доказательств разного уровня, таких как результаты исследований, мнения экспертов, и т. д. Любопытство и желание оказывать сестринское обслуживание наилучшего возможного качества – вот основные причины, побуждающие задавать вопросы о текущей практике и искать доказательства.

Пример 1

Группа онкологических медсестер, работающих в стационарном отделении трансплантации стволовых клеток, была обеспокоена высоким уровнем падений пациентов, некоторые из которых приводили к травмам. Группа, возглавляемая опытной медсестрой, решила использовать модель Айовы (IOWA), чтобы помочь направить процесс поиска потенциальных изменений в практике. Падения пациентов, в результате чего они получали травмы, были общей проблемой для организации, учитывая, что они не только приводили к ухудшению результатов для пациентов, но и требовали значительных финансовых затрат. Группа медсестер-онкологов сформировала команду по профилактике падений и пригласила к участию заинтересованных междисциплинарных специалистов, включая врачей, медсестер, физиотерапевтов, терапевтов и других сотрудников больницы. Команда наткнулась на многочисленные исследования, в которых поддерживали пациентов, которые носили яркие противоскользящие носки во избежание падений. Носки были реализованы в качестве пилотного проекта. Во время пилотного проекта команда зафиксировала снижение количества падений пациентов в отделениях, где пациенты носили яркие нескользящие носки. Затем команда решила внести изменения в практику во всей организации и продолжила ежемесячный мониторинг уровней падения пациентов (Brown, 2014).

Пример 2

Целью этого проекта было разработать инициативу под руководством штатной медсестры по внедрению и оценке научно обоснованной помощи в области терморегуляции для взрослых пациентов с травмами. Был разработан и реализован протокол, основанный на фактических данных, учитывающий различные потребности пациентов по всему спектру гипотермии, наблюдаемой на практике, и служащий руководством для улучшения терморегуляции у пациентов с травмами. В протоколе практики, основанной на доказательствах, было 2 ключевых элемента. Первая часть состояла из междисциплинарной блок-схемы терморегуляции для оказания целенаправленной помощи в зависимости от температуры пациента. В блок-схеме показаны прогрессивные меры по увеличению гипотермии. Во второй части описывалась роль помощника медсестры, подготовка зоны оказания помощи до прибытия пациента и оказание помощи медперсоналу во время оказания помощи пациентам при травмах. Данные анкетирования персонала и документации пациентов использовались при предварительной и последующей оценке изменения практики. Улучшения были продемонстрированы в том, что персонал чувствует себя лучше подготовленным к выявлению пациентов с гипотермией, лечению гипотермии и документированию при оказании помощи пациентам с травмами. Наблюдалось клинически важное улучшение контроля температуры во время оказания неотложной помощи у пациентов с умеренной и тяжелой гипотермией (Block, et al., 2012).

Несколько лет спустя в другом исследовании междисциплинарная группа выявила пробелы в практике своего учреждения в отношении оценки температуры и документирования согревания и инициировала проект, основанный на фактических данных, для изменения практики. Цели заключались в том, чтобы сократить время до оценки температуры, повысить оценку внутренней температуры и увеличить внедрение соответствующих методов повторного согревания. В этом проекте использовалась модель доказательной практики Айова, чтобы обеспечить основу для выполнения и оценки. Авторы провели обзор литературы, чтобы рассмотреть все аспекты гипотермии (заболеваемость, сопутствующие / способствующие факторы, профилактика, распознавание и лечение). Эти доказательные клинические данные затем были применены в клинической практике посредством обучения и подготовки персонала, доступности оборудования и адаптации к окружающей среде. После этого было выявлено больше пациентов

с гипотермией и гипертермией, и наблюдалось значительное повышение оценки внутренней температуры, также увеличилось использование одеяла у нормотермических пациентов. Этот проект является примером того, как медсестры могут использовать научно обоснованную практическую модель для преобразования исследований в клиническую практику. Вмешательства передовой практики в отношении оценки температуры и мер по согреванию пациентов с травмами могут быть успешно реализованы с незначительными затратами (Saqe-Rockoff, et al., 2018).

Пример 3

Kear (2015) в своей статье обсуждает частоту возникновения гипертонии и проблемы, связанные с ней, и предлагает пример ориентированного на пациента подхода к сбору данных о гипертонии, о которых сообщают сами пациенты, и информации о методах лечения. Обсуждаемые темы включают проблемы лечения и контроля артериальной гипертензии, разработку стратегий для улучшения приверженности схемам лечения и ориентированный на пациента подход к сбору научно обоснованных данных о проблемах жизни с гипертонией.

Пример 4

Рекомендуется периодически зажимать постоянные мочевые катетеры, чтобы заполнить мочевой пузырь и восстановить его функцию перед удалением. Однако, согласно некоторым клиническим исследованиям, пережатие мочевого катетера не оказало никакого влияния на восстановление мочевого пузыря (Hälleberg Nyman, et al., 2010; Gong, et al., 2017).

Еще несколько идей: спрашивали ли вы себя, как волосы на лице влияют на использование масок в медсестринской практике – уже некоторое время есть доказательства (McLure, et al., 2002); необходима ли тренировка мочевого пузыря и кишечника и как медицинские работники должны стимулировать мочевой пузырь людям с гиперактивным мочевым пузырем / ургентным недержанием мочи и тренировать кишечник людям с ургентным недержанием кала (Booth & Bliss, 2020); как положение тела недоношенного ребенка может предотвратить апноэ (Bauschatz, et al., 2008); как действует самостоятельная эпидуральная анальгезия после кесарева сечения (Gordon, et al., 1994); может ли музыка улучшить состояние новорожденных в отделении интенсивной терапии новорожденных (Anderson & Patel, 2018); как лучше всего лечить пролежни (Clarke, et al., 2005) и многое другое.

Медсестры хотят внедрять в свою практику факты, основанные на самом высоком уровне доказательств. Тем не менее, медсестры также отметили, что им нужно время и больше образования, чтобы воплотить имеющиеся данные на практике. Использование модели доказательной практики, такой как модель Айовы (Titler, et al., 2001), может помочь медсестрам организовать изменение практики и предоставить им пошаговый процесс того, как внести изменения для подразделения или организации (Brown, 2014).

Обсуждение

Научно-обоснованная клиническая практика обеспечивает высочайший уровень качества ухода за пациентами и дает наилучшие результаты для пациента. Такой подход обеспечивает качественное здоровье, безопасность и рентабельные результаты, которые снижают заболеваемость пациентов и уменьшают количество смертей. Внедрение доказательной клинической практики улучшает основы сестринского дела, среди которых в настоящее время наблюдаются значительные колебания в лечении одного и того же состояния, что увеличивает

затраты на уход на треть (Djulbegovic, et al., 2015). Skela Savič (2015) утверждает, что научно-обоснованная клиническая практика также может быть описана как связь с исследовательской работой, когда эксперты являются пользователями исследовательской работы и отражают ее в клинической работе таким образом, что недавние результаты сопоставляются с текущей профессиональной практикой. В то же время они рассматривают, какие идеи были бы полезны и помогли бы изменить текущую практику. Wilkinson, et al., (2011) объясняют, что практика, основанная на доказательствах, подкрепляется следующими последовательными шагами: формулировка проблемы на основе клинической проблемы, поиск соответствующих доказательств в существующей литературе, клиническая оценка валидности исследования, применение научных данных в клинической практике. Riva, et al. (2012) утверждают, что сложнее всего сформулировать клинический вопрос, требующий соответствующих доказательств, поэтому имеет смысл использовать модель PICOT для его разработки (P = пациент, I = вмешательство, C = сравнение, O = результаты, T = время). Hockenberry, et al. (2011) заявляют, что внедрение доказательной практики в клиническую среду требует, прежде всего, создания официальных групп, в которые мы привлекаем экспертов для внедрения изменений на системном уровне и обеспечения клинической применимости и принятия доказательств в клинической среде.

Как обнаружили Kuenu, et al., (2015), культура (ценности и убеждения, которые определяют поведение и решения в рамках учреждения), структура (иерархия лидерства, иерархия принятия решений внутри учреждения) и ресурсы (внутренние и внешние) были восприняты руководством медсестер для расширения возможностей медсестер и инициирования изменений в их сестринских отделениях для улучшения ухода за пациентами. Руководство медсестер играют важную роль в продвижении научно обоснованной практики в клинических отделениях больницы. К числу поддерживающих аспектов относятся установление ожиданий, сосредоточение персонала на НОКП, институциональная признательность за вовлечение сотрудников в процесс принятия решений, сотрудничество или командную работу между менеджерами различных подразделений, общие модели управления или плоские иерархические модели институтов и комитеты по специальностям / медсестрам / подразделениям.

Заключение

Внедрение качественного ухода за пациентами во многом зависит от навыков и знаний медсестер, поэтому они должны приобретать опыт и следовать последним рекомендациям по практике, основанной на фактах. Здравоохранение и, следовательно, сестринское дело – это динамичные области, в которых ежедневно появляются новые данные. Медсестры должны иметь возможность отслеживать новые данные и уметь применять их в клинической практике, чтобы обеспечить качество сестринского дела.

Examples of evidence implementation in nursing clinical practice

Sedina Kalender – Smajlović

MSc (Nursing), RN, Senior Lecturer

Angela Boškin Faculty of Health Care, Slovenia, skalendersmajlovic@fzab.si

Mateja Bahun

MSc (Nursing), BSc (Health Education), RN, Senior Lecturer

Angela Boškin Faculty of Health Care, Slovenia, mbahun@fzab.si

Abstract

Nurses face a variety of problems, needs, and issues of patients in their day-to-day clinical work, that require effective clinical decision-making. It is often difficult to put research results into practice and it can take too long. Organizational culture, organizational leadership, increasing knowledge, competencies and educational structure of nurses facilitates overcoming obstacles to the implementation of evidence-based practice. Nurse managers also have an important role in promoting evidence-based practice on clinical units within health care organizations. Professional curiosity, focus on patient wellbeing, critical thinking and critical evaluation on current nursing practices are important driving force to implement changes based on evidence.

Key words: *evidence-based practice, organizational factors, nursing, evidence implementation*

Introduction

Healthcare organizations and leaders are under pressure to improve outcomes by creating a structure / culture / environment in which exploration of critical inquiry and the available body of evidence is an integral part of daily nursing practice. To achieve Magnet accreditation, for example, an organization must demonstrate that nurses are innovators and contribute to quality patient outcomes through evidence-based practice. The evolution of pay-for-performance and heightened focus on quality outcomes for regulatory bodies and payers continues to sustain the drive for evidence-based practice (Mick, 2017). Integration of research evidence into clinical nursing practice is essential for the delivery of high-quality nursing care, and leaders in nursing play the key role (Gifford, et al., 2007). Implementation of evidence-based practice not only involves personal attributes, but also factors related to the organization's context, like culture, responsibility, work load, and resources (Barría, 2014). When delivered in a context of caring and in a supportive organizational culture, the highest quality of care and best patient outcomes can be achieved (Gallagher-Ford, et al., 2011). Munn, et al. (2018) emphasize, that evidence implementation is a purposeful and enabling set of activities designed to engage key stakeholders with research evidence to inform decision making and generate sustained improvement in the quality of healthcare delivery. Components of evidence implementation include a context analysis, the facilitation of practice change and evaluation of process and outcome. It is known, that every day in their practice settings, nurses encounter questions, problems, and patients' needs that require effective clinical decision making for appropriate intervention (Mick, 2017). Mazurek Melnyk, et al., (2010) and Gallagher-Ford, et al., (2011) state that evidence-based practice is the most optimal approach to solving healthcare problems, as it combines best evidence, patient care data, clinical expertise, patient preferences and values. When the use of evidence is ensured in the context

of providing comprehensive care and in line with a supportive organizational culture, the highest quality of care and the best outcomes of patient care can be achieved. The purpose of this paper is to show some examples of implementation of evidence-based nursing in clinical setting.

Examples of evidence-based novelties implemented in nursing practice

Some examples of how evidence-based knowledge can be implemented in nursing clinical practice are shown below. But the most important message to send to nurses is to always critically reflect on their current clinical practice. Sometimes research is needed to get the answers they are looking for, but most of the time they just have to ask the questions of WHY AND HOW and usually answers are already there in databases in form of different level evidence as research findings, expert opinions, etc. Curiosity and wish to do the best possible quality of nursing care is main drive to question about current practice and search for evidence.

Example 1

A group of oncology nurses working on an inpatient stem cell transplantation unit were concerned about the high level of patient falls, some of which resulted in patient injury. The group, led by an advanced practice nurse, decided to use the Iowa Model to help guide the process of finding a potential practice change. Patient falls with injury were an overall concern for the organization, given that they not only resulted in poorer patient outcomes but also had significant financial costs. The group of oncology nurses formed a falls prevention team and invited interested interdisciplinary members, including physicians, nurses, physical therapist, occupational therapists, and other hospital employees, to join. The team came across numerous studies that supported patients wearing bright-colored, non-skid socks when at risk for falls. The socks were implemented as a practice change as a pilot. During the pilot, the team documented a decrease in patient falls on units where the patients were wearing the bright-colored, non-skid socks. The team then decided to implement the practice change in the entire organization and are continuing to monitor monthly patient fall levels (Brown, 2014).

Example 2

The purpose of this project was to develop a staff nurse-led initiative to implement and evaluate evidence-based thermoregulation care for adult trauma patients. An evidence-based practice protocol was developed and implemented, addressing varying patient needs across the spectrum of hypothermia seen in practice, serving as a guide for improving thermoregulation care in trauma patients. There were 2 key pieces to the evidence-based practice protocol. The first piece consisted of an interdisciplinary thermoregulation flowchart to provide focused care based on patient temperatures. The flowchart outlined progressive interventions for increasing hypothermia. The second piece outlined the nursing assistant role, preparing the care area before patient arrival and assisting nursing staff during trauma care. Data from staff questionnaires and patient documentation were used in a pre - and post -evaluation of the practice change. Improvements were demonstrated in staff feeling better prepared to identify patients with hypothermia, treat hypothermia, and document thermal care of trauma patients. Clinically important improvement in temperature control during emergency treatment in both moderate and severe hypothermic patients were observed (Block, et al., 2012).

Few years later in different study an interdisciplinary team identified gaps in practice in their institution regarding temperature assessment and documentation of rewarming and initiated an evidence - based practice project to change practice. The goals were to decrease time to temperature assessment,

increase core temperature assessment, and increase implementation of appropriate rewarming methods. This project used the Iowa Model of Evidence - Based Practice to provide a framework for execution and evaluation. Authors conducted a literature review to address all aspects of hypothermia (incidence, associated/contributing factors, prevention, recognition, and treatment). This evidence-based knowledge was then applied to clinical practice through staff education and training, equipment availability, and environmental adjustments. More patients with hypothermia and hyperthermia were identified after that and there was a significant increase in core temperature assessment, also Blanket use in normothermic patients increased. This project is an example of how nurses can utilize an evidence-based practice model to translate research into clinical practice. Best practice interventions regarding temperature assessment and rewarming measures for trauma patients can be successfully implemented with negligible cost (Saqe-Rockoff, et al., 2018).

Example 3

Kear (2015) in her article discusses the incidence of and challenges for controlling hypertension and offers an example of a patient-centered approach to collect self-reported hypertension data and information on management techniques. Topics discussed include the challenge of managing and controlling hypertension, the development of strategies to improve adherence to treatment regimens and the patient-centered approach for gathering evidence-based data on the challenges of living with hypertension.

Example 4

It is suggested that indwelling urinary catheters should be clamped intermittently to fill the bladder and restore bladder function before removal. However, indwelling urinary catheter clamping showed no effect on bladder reconditioning according to some clinical studies (Hälleberg Nyman, et al., 2010; Gong, et al., 2017).

As some more ideas: did you ever ask yourself how does facial hair affect mask use in nursing practice – evidence is there for some time now (McLure, et al., 2002); is bladder and bowel training necessary and how healthcare professionals should promote bladder training for people with overactive bladder / urgency urinary incontinence and bowel training for those with urgency fecal incontinence (Booth & Bliss, 2020); how can a body position of premature baby prevent apnea (Bauschatz, et al., 2008); how self-administered epidural analgesia after Cesarean section works (Gordon, et al., 1994); can us of music improve infants condition in neonatal intensive care unit (Anderson & Patel, 2018); what is the best practice to address pressure ulcers (Clarke, et al., 2005) and many more.

Nurses want to implement interventions in their practice based on the highest levels of evidence. However, nurses also have noted that they need time and more education to translate current evidence into practice. The use of an evidence-based practice model, such as the Iowa Model (Titler, et al., 2001), can help nurses organize the practice change and provide them with a step-by step process on how make the change for a unit or organization (Brown, 2014).

Discussion

Evidence-based practice ensures the highest level of quality of patient care in nursing and represents the best outcomes for the patient. The approach enables quality health, safety and cost-effective results that bring lower patient morbidity and fewer deaths. The implementation of evidence-based practice improves the foundations of nursing, among which there are currently significant fluctuations in the medical treatment of the same condition, which increases the cost of nursing by as much as a third (Djulgovic, et al., 2015). Skela Savič (2015) states that evidence-based practice can also be

described as a connection with research work, where experts are users of research work and reflect it on clinical work in such a way that recent findings are confronted with current professional practice. At the same time, they consider what insights would be useful and help to change current practices. Wilkinson, et al. (2011) explain that the evidence-based practice is supported by the following sequential steps: formulating an issue based on a clinical problem, finding relevant evidence in the existing literature, clinical assessment of research validity, application of scientific evidence in clinical practice. Riva, et al. (2012) states that it is the most difficult to formulate a clinical question that seeks relevant evidence, so it makes sense to use the PICOT model to design it (P = patient / population / disease, I = intervention, C = comparative intervention, O = results / outcomes, T = time frame). Hockenberry, et al. (2011) state that the implementation of evidence-based practice in the clinical environment first requires the establishment of formal teams where we involve experts in the implementation of changes at the systemic level and to ensure clinical applicability and acceptance of evidence in the clinical environment.

As Kueny, et al., (2015) discovered, culture (values and beliefs that drive behaviors and decisions within an institution), structure (the hierarchy of leadership, the hierarchy of decision making within the institution) and resources (internal and external) were perceived by nurse managers to empower nurses and initiate change on their nursing units to improve patient care. Nurse managers play an important role promoting evidence-based practice on clinical units within hospitals. Supportive aspects are setting expectations, staff focused on evidence-based practice, institutional appreciation for involving staff in decisions, collaboration or teamwork among the managers of different units., shared governance models, or flat hierarchical institution models, and specialty / nursing / unit - specific committees.

Conclusion

The implementation of quality patient care is highly dependent on the skills and knowledge of nurses, so they must acquire expertise and follow the latest guidelines on evidence-based practice. Healthcare and thus nursing are dynamic areas where new evidence emerges on a daily basis. Nurses must be able to monitor new evidence and be able to put it into clinical practice in order to ensure quality in nursing.

Literature

- Anderson, D.E. & Patel, A.D. 2018. Infants born preterm, stress, and neurodevelopment in the neonatal intensive care unit: might music have an impact? *Developmental Medicine & Child Neurology*, 60(3), pp. 256-266.
- Barría, R.M., 2014. Implementing Evidence-Based Practice: A challenge for the nursing practice. *Investigacion y educacion en enfermeria*, 32(2), pp. 191-193.
- Bauschatz, A.S., Kaufmann, C.M., Haensse, D., Pfister, R. & Bucher, H.U., 2008. A preliminary report of nursing in the three-stair-position to prevent apnoea of prematurity. *Acta Paediatrica*. 97(12), pp. 1743-1745.
- Booth, J. & Bliss, D. 2020. Consensus statement on bladder training and bowel training. *Neurourology and Urodynamics*. 39(5). doi.org/10.1002/nau.24345.
- Brown, C. G., 2014. The Iowa Model of Evidence-Based Practice to Promote Quality Care: An Illustrated Example in Oncology Nursing. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 18(2), 157–159.
- Block, J., Lilienthal, M., Cullen, L. & White, A. 2012. Evidence-based thermoregulation for adult trauma patients. *Critical care nursing quarterly*. 35(1), pp. 50-63.
- Clarke, H.F., Bradley, C., Whytock, S., Handfield, S. Van Der Wal, R. & Gundry, S., 2005. Pressure ulcers: implementation of evidence-based nursing practice. 49(6), pp. 578-590.
- Djulbegovic, B., Hamm, R.M., Mayrhofer, T., Hozo, I. & Van den Ende, J. 2015. Rationality, practice variation and person-centred health policy: a threshold hypothesis. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 21(6), pp. 1121-1124.

- Gallagher-Ford, L., Fineout-Overholt, E., Melnyk Mazurek, B. & Stillwell, S.B., 2011. Evidence-Based Practice, Step by Step: Implementing an Evidence-Based Practice Change. *The American Journal of Nursing*. 111(3), pp. 54-60.
- Gifford, W., Davies, B., Edwards, N., Griffin, P. & Lybanon, V., 2007. Managerial leadership for nurses' use of research evidence: an integrative review of the literature. *Worldviews on Evidence Based Nursing*, 4(3), pp. 126-145.
- Gong, Y., Zhao, L., Wang, L. & Wang, F. 2017. The effect of clamping the indwelling urinary catheter before removal in cervical cancer patients after radical hysterectomy. *Journal of clinical nursing*. 26(7-8), pp. 1131-1136.
- Gordon, S.C., Gaines, S.K. & Pickett Hauber, R., 1994. Self-Administered Versus Nurse-Administered Epidural Analgesia After Cesarean Section. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*. 23(2), pp. 99-103.
- Hälleberg Nyman, M., Johansson, J.-E., Gustafsson, M., 2010. A randomised controlled trial on the effect of clamping the indwelling urinary catheter in patients with hip fracture. *Journal of Clinical Nursing*., 19(3-4), pp. 405-413.
- Hockenberry, M.J., Brown, T.L. & Mazurek Melnyk, B., 2011. Implementing Evidence in Clinical Settings. In: B. Mazurek Melnyk & F. Overholt, eds. *Evidence-based practice in nursing & healthcare: a guide to best practice*. Lippincott: Williams & Wilkins, pp. 205-226.
- Kear, T., 2015. Exploring the Evidence. Placing Patients with Hypertension at the Center of Self-Management and Research. *Nephrology Nursing Journal*, 42(2), pp. 181-189.
- Kueny, A., Shever, L.L., Mackin, M.L. & Titler, M.G., 2015. Facilitating the implementation of evidence-based practice through contextual support and nursing leadership. *Journal of healthcare leadership*. 7. pp. 29–39.
- Mazurek Melnyk, B., Fineout-Overholt, E., Stillwell, S.B. & Kathleen M Williamson, K.M. 2010. Evidence-based practice: step by step: the seven steps of evidence-based practice. *The American journal of nursing*. 110(1), pp. 51-53.
- McLure, H.A., Mannam, M., Talboys, C.A., Azadian, B.S. & Yentis, S.M. 2002. The effect of facial hair and sex on the dispersal of bacteria below a masked subject. *Anaesthesia*. 55(2), pp. 173-176.
- Mick, J., 2017. How to implement evidence-based nursing practice. *Nursing*, 47(4); pp. 36-43. Available at: https://journals.lww.com/nursing/Fulltext/2017/04000/Call_to_action__How_to_implement_evidence_based.11.aspx. [30. August 2020].
- Munn, Z., Stern, C., Porritt, K., Lockwood, C., Aromatais, E. & Jordan, Z., 2018. Evidence transfer: ensuring end users are aware of, have access to, and understand the evidence. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*. 16(2), pp. 83-89.
- Riva, J.J., Malik, K.M.P., Burnie, S.J., Endicott, A.R. & Busse, J.W., 2012., What is your research question? An introduction to the PICOT format for clinicians. *The Journal of the Canadian Chiropractic Association*, 56(3), pp. 167–171.
- Saqe-Rockoff, A., Schubert, F.D., Ciardiello, A. & Douglas, E. 2018. Improving Thermoregulation for Trauma Patients in the Emergency Department: An Evidence – Based Practice Project. *Journal of Trauma Nursing*, 25(1), pp. 14-20.
- Skela Savič, B., 2015. *V čem se na dokazih podprta zdravstvena nega razlikuje od na dokazih podprte medicine?* [Online] Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin. Available at: <https://www.fzab.si/blog/2015/11/10/v-cem-se-na-dokazih-podprta-zdravstvena-nega-razlikuje-od-na-dokazih-podprte-medicine/> [Accessed 1 September 2020].
- Titler, M.G., Kleiber, C., Steelman, V.J., Rakel, B.A., Budreau, G. Everett, L.Q., Buckwalter, K.C., Tripp-Reimer, T. & Goode, C.J. 2001. The Iowa Model of Evidence-Based Practice to Promote Quality Care. *Critical care nursing clinics of North America*. 13(4), pp. 497-509.
- Wilkinson, J., Kent, S. & Davies, H., 2011. An exploration of the roles of nurses managers in evidence-based practice implementation. *Worldviews on evidence-based Nursing*, 4(1), pp. 236-246.

Дәлелді мейіргерлік тәжірибені қалыптастыру

Катя Песьяк

PhD, Доцент

Анжела Бошкин атындағы денсаулық сақтау факультеті, Словения, kresjak@fzab.si

Түйіндеме

Дәлелді клиникалық тәжірибие медициналық қызметтерінің жақсы көрсетілуін қамтамасыз ету үшін маңызды мағынаға ие. Дәлелді клиникалық тәжірибие қағидаттары бойынша мейіргерлік күтіммен айналысатын мейіргерлер өз жұмысына көбірек қанағаттанады және жеке кәсіби дамуға белсенді қатысады. Осындай тәжірибенің маңыздылығына қарамастан, оны енгізу баяу жүруде және әртүрлі негізгі элементтерді біріктіру мейіргер ісі саласындағы көптеген факторлардың дайындығын қажет ететіні анық. Мейіргерлер әлі күнге дейін өз білімдерінің көп бөлігін медициналық көмек көрсетудің жеке тәжірибесінен, конференциялардан, сондай-ақ әріптестер мен басқа мамандардан алады деп хабарлайды. Алайда, білім берудің әр түрлі тұрғысы арасында ынтымақтастықты орнатуға және қолдауға деген ниет пен тілек бар.

Түйіді сөздер: жоғары оқу орны, клиникалық тәжірибие, ынтымақтастық, зерттеу

Кіріспе

Медициналық қызмет көрсету саласындағы жылдам өзгерістер және күрделі емдеу мейіргерлердің болжауына өзгеріс әкеледі. Мейіргерлерді дамытудағы негізгі элементтер зерттеу және ғылыми дәлелді клиникалық тәжірибие саласындағы білімді ілгерілету болып табылады (Skela-Savič, et al., 2016). Бұл мейіргерлер тәжірибесінде және мейіргерлік білім беруде көрінеді. Мейіргер ісі тәжірибесіне қойылатын талаптар күн сайын жаңарады және бұл мейіргер ісі бойынша білім берудің қолданыстағы модельдері мен мазмұнын қайта қарастыруға мәжбүрлейді. Ғылыми білім мен дәлелді тәжірибие мейіргерлерді оқытудың ажырамас бөлігі болып табылады. Әдебиеттер мейіргерлердің біліміне мейіргерлік зерттеулер үлкен әсер ететіндігін көрсетеді және бұл ғылыми дәлелді клиникалық тәжірибиесінің дамуына және пациенттерді емдеу нәтижелерінің жақсаруына ықпал етеді (Loke, et al., 2014; Yoder, et al., 2014; Skela-Savič, et al., 2017).

Мейіргер ісінде дәлелді клиникалық тәжірибие қағидаттарын қолдану өте пайдалы болса да, ол әлі де сирек қолданылады. Мұндай тәжірибеден бас тартудың себептері әртүрлі дегенмен халықаралық деңгеймен салыстыруға болады, яғни білім мен тәжірибенің болмауы, жаңа тәжірибиелерді институционалдық қолдаудың жеткіліксіздігі, кәсіби және ғылыми әдебиеттерді оқуға уақыттың жетіспеушілігі, басшылық тарапынан ресурстар мен қолдаудың болмауы, өзгерістерді тәжірибиеде енгізуге өкілеттіктің болмауы және т.б. (Stokke, et al., 2014). Зерттеулер сонымен қатар мейіргерлер әлі күнге дейін зерттеу жұмыстарын кәсіби қызметтің ажырамас бөлігі деп санамағанын көрсетеді (Kelly, et al., 2013; Loke, et al., 2014; Skela-Savič, et al., 2017). Black (2015) және оның әріптестері (2015) дәлелді клиникалық тәжірибиені кеңірек қолдану жолындағы кедергілердің себептерін, сондай-ақ мейіргерлердің күнделікті жеке және ұйымдастырушылық тәжірибесінде білімнің берілуі мен қолдануын зерттейді. Мейіргерлер үшін жеке кедергілер көбінесе зерттеу үдерісі туралы білімнің жеткіліксіздігінде және деректерді сыни бағалауда, сондай-ақ жүргізілген зерттеулерде, зерттеуді «қосымша жұмыс» ретінде қабылдауда, тәжірибені өзгерте алмау сезімінде жатыр. Анықталған ұйымдастырушылық кедергілерге жаңа

идеяларды жүзеге асыру үшін жеткіліксіз уақыт, қолданыстағы зерттеулерге нашар ұйымдастырылған қол жетімділік және зерттеуге байланысты білім беру құралдарының болуы жатады (Black, et al., 2015). Аталған барлық кедергілер мейіргер ісінің дамуын тоқтатқан жоқ және тоқтатпайды. Ғылыми дәлелді клиникалық тәжірибенің басталуы 19 ғасырда Флоренс Найтингейл пациенттердің денсаулығы үшін санитарияның маңыздылығын атап өткен кезде болғанын еске салған жөн. Ол ауруханалардағы өлім-жітімді және аурулар мен жарақаттарға байланысты өлім-жітімді тіркеу үшін денсаулық сақтау статистикасы бойынша құжаттамамен жұмысын жалғастырды. Бұл күндері мейіргер студенттеріне дәлелді клиникалық тәжірибиемен тығыз байланысты тәжірибе мен теория туралы білу әдеттегі тәжірибе мен мақсат болып табылады. Бұл тәжірибе соңғы онжылдықтарда пациенттерге оңтайлы күтім жасаудың негізгі құрамдас бөлігі болды (Skela-Savič, et al., 2016).

Теориялық негіздері

Мейіргер ісі – бұл ғылыми пән және зерттеу мейіргерлік оқытудың ажырамас бөлігі болып табылады. Зерттеу үдерісі жаңа білім алу, пациенттерге медициналық көмек көрсетуді жақсарту және ғылыми тәптіп ретінде мейіргер ісін үнемі дамыту үшін қажет. Осы мақсатқа жету үшін мейіргерлерге тиісті қолдау қажет - жаңа білімнің қолжетімділігі мен жүйенің зерттеуге бағдарлануы (Loke, et al., 2014; Skela Savič & Kiger, 2015).

Мейіргерлік зерттеу ортасы

Көптеген зерттеулер клиникалық жағдайда мейіргерлік зерттеулердегі кедергілерді жоюға бағытталған. Ең жиі кездесетін кедергілер - зерттеу үдерісін білмеу, уақыт пен ресурстардың жетіспеушілігі, зерттеу материалдарына қол жеткізудің, сапалы дәлелдемелерді анықтау және оларды түсіндіру үшін білімнің, статистика, құзыреттер туралы білімнің, ағылшын тілін білу, компьютерлік және электрондық сауаттылықтың болмауы (Bole & Skela-Savič, 2018). Осы кемшіліктердің барлығы клиникалық ортада ғылыми дәлелді клиникалық тәжірибені жүзеге асыруға айтарлықтай әсер етеді. Сонымен қатар авторлар (Boström, et al., 2013; Farokhzadian, et al., 2015; Shafiei, et al., 2014) зерттеуді қалайтын мейіргерлерді көтермелеу мен қолдаудың маңызды элементі басшылық деп санайды. Басшылық зерттеулерді әзірлеуге және енгізуге теріс әсер етуі мүмкін, себебі ол қолайлы даму стратегиясын ұсынбайды, сонымен қатар нашар ұйымдастырылған, дәлелді тәжірибеге негізделген тәжірибені енгізудің дамыған стратегиясының болмауы, білімді менеджерлердің болмауы және т. б. Олар басқаруға қарамастан, клиникалық жағдайда әртүрлі мамандықтар арасындағы зерттеулерге қатысты айырмашылықтардың болуын атап өтеді. Алайда, кәсіби мейіргерлер басшылық тарапынан кедергілердің болуына байланысты зерттеу жүргізу үшін қаржылық қолдау ала алмайтыны шындық.

Клиникалық мекемелер мен жоғарғы оқу орындарының ынтымақтастығы, білім мен материалдық ресурстар, зерттеу қажеттілігі және зерттеулерге деген көзқарас, мейіргер болуды шешудің себептері, басқарушылық қолдау және қаржылық ресурстар, ресми және бейресми білім, білімді қолдану және зерттеу үдерісін түсіну – мейіргерлердің ғылыми-зерттеу қызметін дамытуға ықпал ететін және сонымен бірге тежейтін негізгі факторлар.

Білім үшбұрышы

Білім мен құзыреттілік тұрғысынан мейіргерлердің құқықтары мен мүмкіндіктерін кеңейту жоғары оқу орындарында (ЖОО) басталатынын ескеру қажет. Білім беру үдерісі студенттердің зерттеулерге деген көзқарасына, олардың зерттеу құзыреттеріне және ғылыми дәлелді мейіргерлік тәжірибені қабылдауға оң әсер етуі мүмкін (Al Furaikh, et al., 2017). Алайда, көптеген студенттер зерттеуді басымдық ретінде таңдамайды. Мұның екі маңызды себебі – студенттердің көп болуы және соның салдарынан бұл жекеленбеген тәсіл, екіншіден, зерттеу жүргізудің жиі күрделі үдерісі. Дәл осындай себептерге байланысты клиникалық ортада зерттеу жүргізетін мейіргерлер көп емес, сондықтан студенттер тәжірибие мен теорияның байланысын көрмейді. Клиникалық жағдайларда тәжірибеге, рәсімдерге және өз бетінше жұмыс істеу дағдыларын игеруге баса назар аударылады (Brook, et al., 2015). Бұл дәлелді клиникалық тәжірибиені дамыту үшін жеткіліксіз. Зерттеулер мен дәлелді тәжірибие екі деңгейде де жүзеге асырылуы тиіс - академиялық және клиникалық (Loke, et al., 2014). Жоғарғы оқу орнының студенттері үшін бірлескен жұмыс және өзара тәжірибие мен білім алмасу бірлескен зерттеу ортасын білдіреді, ал клиникалық мамандар үшін ынтымақтастық даму мүмкіндіктерін білдіреді және олардың даму әлеуетін арттырады (Henoch, et al., 2014). Жоғары оқу орындары мен клиникалық ортаның жалпы мақсаттары сапалы мейіргерлік күтімге және нәтижесінде медициналық қызметтердің жақсы нәтижелеріне әкеледі, себебі бұл теория мен тәжірибие арасындағы алшақтықты ықшамдатады (Grangera, et al., 2012; Vumbwe, 2016). Белсенді серіктестік нәтижесінде студенттер жұмыс ортасына жоғарғы ықтималдықпен тезірек және ойдағыдай кіріктіріледі, сыни ойлау мен зерттеу бағытын қолдайды, сонымен қатар алған білімдерін пациенттердің әл-ауқаты үшін дербес қолданады (Beal, 2012).

Талқылау

Мейіргер ісін ғылыми пән ретінде үнемі дамытудағы алғашқы қадам – жоғарғы оқу орны мен клиникалық орта арасында берік коалициялар қалыптастыру. Берік серіктестік мейіргерлерге тәжірибиелік және академиялық білімін арттыруға, кәсіби дағдыларын кеңейтуге және тереңдетуге және өмір бойы оқыту тұжырымдамасына енуге мүмкіндік беретін тұрақты жүйелер қалыптастырады. Сондай-ақ, сарапшылардың ұсыныстары мейіргер ісі саласындағы жетілуге қол жеткізу мақсатында академиялық және клиникалық орта ынтымақтастығының осы бағытына жатады (Gursoy, 2020). Skela-Savič және оның әріптестері (2017 жыл) мейіргерлік білім беруді түсінуге мейіргерлік күтім континуумының 4 санаты бойынша еуропалық мейіргерлер федерациясының (ЕМФ) матрицасы (EFN Workforce Committee, 2014) өте маңызды үлес қосатынын еске салады, ол медициналық қызмет көрсетушілердің төрт санатын анықтайды (Skela-Savič, et al., 2017). ЕМФ құзыреттерінің құрылымы мейіргерлердің ресми біліктілігін қамтамасыз ететін мәселелерді анықтайды. Сондай-ақ, зерттеу солардың бірі болып табылады. Екінші жағынан, көптеген зерттеулер бізге кедергілердің қайда екендігі және оларды жою үшін қандай қадамдар жасау керектігінің нақты тізімді көрсетеді. Мейіргерлер әлі күнге дейін білімдерінің көп бөлігін мейіргерлердің жеке тәжірибесінен, конференцияларда, әріптестерден және басқа мамандардан алады деп хабарлайды. Сондықтан кедергілерді жою әлі де көп жұмысты қажет етеді. Мейіргерлер ақпараттандырылуы, оқытылуы керек және оларға ғылыми дәлелді клиникалық тәжірибені енгізуде қолдау қажет (Yoder, et al., 2014).

Қорытынды

Мейіргерлер - мейіргердің дәлелі клиникалық тәжірибесі мамандықтың, пациенттердің болашағы екендігімен келіседі. Алайда, олар кездесетін кедергілерге байланысты клиникалық жағдайда зерттеу үдірістеріне сирек қатысады. Осыған қарамастан, олар мейіргер ісін ғылыми

пән ретінде дамыту теория мен тәжірбиенің ынтымақтастығын қажет ететінін түсінеді. Бұл идеялар туындайтын және іске асырылатын тиімді білім үшбұрышын қажет етеді. Сондықтан мейіргер ісі, дамуы мен сапасы туралы айту өте маңызды.

Создание доказательной сестринской практики

Катя Песьяк

PhD, Доцент

Факультет здравоохранения им. Анжелы Бошкин, Словения, kpesjak@fzab.si

Резюме

Доказательная практика имеет фундаментальное значение для обеспечения наилучшего предоставления медицинских услуг. Медсестры, практикующие сестринский уход на основе доказательной практики, более удовлетворены своей работой и активно участвуют в индивидуальном профессиональном развитии. Несмотря на важность такой практики ее внедрение идет медленно, и очевидно, что интеграция различных ключевых элементов требует готовности многих факторов в области сестринского дела. Медсестры по-прежнему сообщают, что большую часть своих знаний они получают из личного опыта оказания медицинской помощи, на конференциях, а также от коллег и других специалистов. Тем не менее, существует сильное намерение и желание наладить и поддерживать сотрудничество между различными контекстами представления знаний.

Ключевые слова: высшее учебное заведение, клиническая практика, сотрудничество, исследования

Введение

Быстрые изменения в сфере предоставления медицинских услуг и более сложное лечение вызывают изменения в ожиданиях медсестер. Ключевыми элементами в развитии медсестер являются продвижение знаний в области исследований и доказательной практики (Skela-Savič, et al., 2016). Это отражается в практике медсестер и сестринском образовании. Практика сестринского дела ежедневно сталкивается с новыми требованиями, и сестринское образование вынуждено переосмыслить существующие модели и содержание образования. Исследовательские навыки и доказательная практика стали неотъемлемой частью обучения медсестер. Литература показывает, что на знания медсестер большое влияние оказывают исследования медсестер, и это способствует развитию доказательной практики и улучшению результатов лечения пациентов (Loke, et al., 2014; Yoder, et al., 2014; Skela-Savič, et al., 2017).

Несмотря на то, что использование принципов доказательной практики в сестринском деле очень полезно, она все еще используется очень редко. Причины отказа от такой практики разнообразны, но сопоставимы на международном уровне, т.е. отсутствие знаний и опыта, недостаточная институциональная поддержка новых практик, нехватка времени для чтения профессиональной и научной литературы, отсутствие ресурсов и поддержки со стороны руководства, отсутствие полномочий для внедрения изменений на практике и т. д. (Stokke, et al., 2014). Исследования также показывают, что медсестры до сих пор не считали исследовательскую

работу неотъемлемой частью профессиональной деятельности (Kelly, et al., 2013; Loke, et al., 2014; Skela-Savič, et al., 2017). Black и его коллеги (2015) изучают причины препятствий на пути более широкого использования доказательной практики, а также передачи и использования знаний в повседневной практике медсестер как индивидуальных, так и организационных. Определенные препятствия для медсестер чаще всего заключаются в отсутствии знаний об исследовательском процессе и критической оценке данных, а также уже проведенных исследований, восприятии исследования как «дополнительной работы», ощущении неспособности изменить практику. Выявленные организационные препятствия включают недостаточное время для реализации новых идей, плохо организованный доступ к существующим исследованиям и наличие образовательных инструментов, связанных с исследованиями (Black, et al., 2015). Все перечисленные препятствия не останавливали и не остановят развитие сестринского дела. Стоит напомнить, что начало доказательной практики случилось в 19 веке, когда Флоренс Найтингейл указала на важность санитарии для здоровья пациентов. Она продолжила работу с документацией по статистике здравоохранения, чтобы фиксировать количество смертей в больницах и смертность, связанную с болезнями и травмами. В наши дни знания о практике и теории, которые тесно связаны с доказательной практикой у студентов сестринского дела являются обычной практикой и целью обучения. Такая практика стала ключевым компонентом оптимального ухода за пациентами в последние десятилетия (Skela-Savič, et al., 2016).

Теоретические основы

Сестринское дело – это научная дисциплина, и исследования стали неотъемлемой частью обучения медсестер. Исследовательский процесс необходим для получения новых знаний, для улучшения медицинского обслуживания пациентов и для постоянного развития сестринского дела как научной дисциплины. Для достижения этой цели медсестрам нужна соответствующая поддержка – поддержка в доступности новых знаний и ориентации системы на исследования (Loke, et al., 2014; Skela Savič & Kiger, 2015).

Среда сестринского исследования

Многие исследования направлены на устранение препятствий на пути проведения сестринских исследований в клинических условиях. Наиболее часто встречающиеся препятствия – это незнание процесса исследования, отсутствие времени и ресурсов, доступа к исследовательским материалам, знаний для определения качественных доказательств и их интерпретации, знаний о статистике, компетенций, владение английским языком, компьютерной и электронной грамотностью (Bole & Skela-Savič, 2018). Все перечисленные недостатки существенно влияют на внедрение доказательной практики в клиническую среду. Авторы (Boström, et al., 2013; Farokhzadian, et al., 2015; Shafiei, et al., 2014) также считают, что руководство является важным элементом поощрения и поддержки медсестер, которые хотели бы заниматься исследованиями. Руководство может оказать негативное влияние на разработку и внедрение исследований, поскольку не предоставляет приемлемую стратегию развития, также по причине плохой организации, отсутствия разработанной стратегии внедрения практики, основанной на фактических данных, отсутствия образованных менеджеров и т.д. Они подчеркивают наличие различий в отношении к исследованиям между разными профессиями в клинических условиях, независимо от управления. Однако верно то, что профессиональные медсестры с меньшей вероятностью получают финансовую поддержку для проведения исследований ввиду наличия препятствий со стороны руководства.

Сотрудничество клинических учреждений и вузов, знания и материальные ресурсы, необходимость в проведении исследований и отношение к исследованиям, причины решения стать медсестрой, управленческая поддержка и финансовые ресурсы, формальное и неформальное образование, применение знаний и понимание исследовательского процесса – ключевые факторы, способствующие и в то же время сдерживающие развитие исследовательской деятельности медсестер.

Треугольник знаний

Важно учитывать, что расширение прав и возможностей медсестер в контексте знаний и компетенций начинается в высших учебных заведениях (ВУЗах). Образовательный процесс может положительно влиять на отношение студентов к исследованиям, их исследовательские компетенции и восприятие научно обоснованной практики медсестер (Al Furaikh, et al., 2017). Однако не так много студентов выбирают исследования в качестве приоритета. Две наиболее важные причины этого – большое количество студентов и, как следствие, не индивидуальный подход, а во-вторых, зачастую сложный процесс проведения исследований. По этим же причинам в клинической среде не так много медсестер, которые занимаются исследованиями, и поэтому студенты не видят связи между практикой и теорией. В клинических условиях упор делается на практику, процедуры и приобретение навыков для самостоятельной работы (Brook, et al., 2015). Этого недостаточно для развития доказательной практики. Исследования и доказательная практика должны осуществляться на обоих уровнях – академическом и клиническом (Loke, et al., 2014). Для студентов ВУЗов, совместная работа и обмен взаимным опытом и знаниями означает совместную исследовательскую среду, а для клинических специалистов сотрудничество представляет собой возможности для развития и увеличивает их потенциал развития (Hepoch, et al., 2014). Общие цели вузов и клинической среды ведут к качественному сестринскому уходу и, как следствие, к лучшим результатам медицинских услуг, поскольку это сокращает разрыв между теорией и практикой (Granger, et al., 2012; Vumbwe, 2016). В результате активного партнерства студенты с большей вероятностью будут быстрее и успешнее интегрироваться в рабочую среду, поддерживать критическое мышление и исследовательскую ориентацию, а также автономно использовать полученные знания для благополучия пациентов (Beal, 2012).

Обсуждение

Первым шагом в постоянном развитии сестринского дела как научной дисциплины является создание прочных коалиций между ВУЗами и клинической средой. Прочные партнерские отношения создают устойчивые системы, которые позволяют медсестрам повышать уровень своих практических и академических знаний, расширять и углублять профессиональные навыки и интегрироваться в концепцию обучения на протяжении всей жизни. Также рекомендации экспертов относятся к этому направлению – сотрудничеству академической и клинической среды с целью достижения совершенства в области сестринского дела (Gursoy, 2020). Skela-Savič и ее коллеги (2017) напоминают, что очень важный вклад в понимание сестринского образования вносит Матрица Европейской федерации медицинских сестер по 4 категориям континуума сестринского ухода (EFN Workforce Committee, 2014), которая определяет четыре категории поставщиков медицинских услуг (Skela-Savič, et al., 2017). Структура компетенций ЕФМ определяет вопросы, которые обеспечивают официальные квалификации медсестер. Также исследование является одним из них. С другой стороны, многочисленные исследования

показывают нам очень наглядный список того, где находятся препятствия и какой необходимо сделать шаг к их устранению. Медсестры по-прежнему сообщают, что большую часть своих знаний они получают из личного опыта медсестер, на конференциях, от коллег и других специалистов. Поэтому устранение преград по-прежнему требует большой работы. Медсестры должны быть информированы, обучены и им необходима поддержка во внедрении доказательной практики (Yoder, et al., 2014).

Заключение

Медсестры согласны с тем, что доказательная сестринская практика – это будущее профессии и, следовательно, пациентов. Тем не менее, они редко участвуют в исследовательских процессах в клинических условиях из-за препятствий, с которыми они сталкиваются. Несмотря на это, они осознают, что развитие сестринского дела как научной дисциплины требует сотрудничества теории и практики. Для этого необходим эффективный треугольник знаний, в котором возникают и реализуются идеи. Вот почему так важно говорить о сестринском деле, развитии и качестве.

Creation of evidence-based nursing

Katja Pesjak

PhD, Assistant professor

Angela Boškin Faculty of Health Care, Slovenia, kpesjak@fzab.si

Abstract

Evidence-based practice is fundamental for providing the best possible health care. Nurses who practice evidence-based nursing are more satisfied with their work and strongly involved in individual professional development. Despite emphasizing the importance of evidence-based practice, its implementation is slow and it is clear that the integration of various key elements requires the willingness of many factors in the field of nursing. Nurses still report that they gain most of their knowledge from personal experience in providing health care, at conferences, and from colleagues and other professionals. Nevertheless, there is a strong intention and desire to create and maintain collaboration between various contexts of knowledge provision.

Key words: *higher education institution, clinical practice, collaboration, research*

Introduction

Rapid changes in health care and greater complexity of treatment are causing changes in nursing expectations. The key elements in the development of nurses are the promotion of knowledge in the field of research and evidence-based practice (Skela-Savič, et al., 2016). This reflects in nursing practice and nursing education. Nursing practice faces daily with new demands and nursing education is forced to rethink the existing education patterns and contents. Research knowledge and evidence-based practice has become an integral part of nurse education. The literature shows that nursing knowledge is importantly influenced by nursing research and this contributes to development of evidence-based practice and better patient outcomes (Loke, et al., 2014; Yoder, et al., 2014; Skela-Savič, et al., 2017).

Despite the fact that the use of evidence-based practice in nursing is very beneficial, it is still used too seldom. The reasons for not using evidence-based practice are various but internationally comparable - lack of knowledge and experiences, inadequate institutional support for new practices, lack of time to read professional and scientific literature, lack of resources and management support, lack of authority to implement changes in practice etc. (Stokke, et al., 2014). Researches also show that nurses still didn't embrace research work as integral part of professional identity (Kelly, et al., 2013; Loke, et al., 2014; Skela-Savič, et al., 2017). Black and colleagues (2015) structure barriers to the wider use of evidence-based practice and the transfer and use of knowledge in daily practice in nursing as individual and organizational. Individual barriers for nurses most often include lack of knowledge about the research process and the critical evaluation of data and also research already conducted, perception of research as »extra work«, feeling lack of power to change practices. Identified organizational barriers include insufficient time to implement new ideas, badly organized access to existing researches and availability of research-related educational tools (Black, et al., 2015). All listed obstacles did not and will not stop the development of nursing. Just to remained, the beginnings of evidence-based practice go back to 19th century, when Florence Nightingale pointed out the importance of sanitation for patient's health. She continued with health statistics files in line to record the number of deaths in hospitals and mortality associated with illness and injuries. Now-days it is common practice and goal that already nursing students learn about practice and theory, both of which are closely intertwined with evidence-based practice. Evidence-based practice has become a key component of optimal patient care in recent decades (Skela-Savič, et al., 2016).

Theoretical background

Nursing is a scientific discipline and research has become an integral part of nurse education. Research process is essential for obtaining new knowledge to improve patient health care and for continuous development of nursing as a scientific discipline. To reach this goal nurses need appropriate support - support in new knowledge accessibility and in system pro-research orientation (Loke, et al., 2014; Skela Savič & Kiger, 2015).

Nursing Research environment

Many studies are addressing barriers for implementation of nursing research in clinical settings. The most commonly identified barriers are not knowing the research process, lack of: time and resources, access to obtain research material, knowledge to identify quality evidence and evidence interpretation, knowledge on statistics, competencies, English language competency, computer and electronic literacy (Bole & Skela-Savič, 2018). All listed deficits significantly affect the implementation of evidence-based practice in the clinical environment. Authors (Boström, et al., 2013; Farokhzadian, et al., 2015; Shafiei, et al., 2014) also find that leadership is an important element of encouraging and providing support to nurses who would like to practice research. Management can have a negative impact on research development and implementation by not providing acceptable development strategy, bad organization, lack of designed evidence-based practice implementation strategy, lack of educated managers, etc. They stress the existence of differences in attitudes towards research between different professions in clinical settings, regardless of management. It is true, however, that nursing professionals are less likely to receive financial support to carry out research, which is again linked to management.

Collaboration of clinical settings and HEIs; knowledge and material resources; needs to implement research and attitudes towards research; reasons for decisions to become a nurse; management

support and financial resources; formal and non-formal education; application of knowledge and understanding of research process are the key factors in promoting and at the same time hindering the development of nurses' research activity.

Knowledge triangle

It is important to take into consideration that the empowerment of nurses in the context of knowledge and competencies begins at higher education institutions (HEIs). The educational process has the power to positively influence students' attitude towards research, their research competencies, and the perception of evidence-based practice in nursing (Al Furaikh, et al., 2017). Yet there are not many students who choose research as their priority. Two most important reasons for this are the large number of students and consequently non-individual approach and secondly, often complex process of conducting research. Out of similar reasons, there are also not many nurses in the clinical environment who are engaged in research and so students do not see the connection between practice and theory. In the clinical settings, the emphasis are on practice, procedures, and acquiring competencies for independent work (Brook, et al., 2015). This is not enough to develop research based and evidence-based practice. Research and evidence-based practice must be implemented in both levels - academic and clinical (Loke, et al., 2014). For one involved in HEIs working together and sharing mutual experiences and knowledge means collaborative research environment, and for clinical professionals, collaboration represents development opportunities and increases their development potential (Hench, et al., 2014). The common goals of HEIs and clinical environments lead to quality nursing care and, consequently, to better outcomes of health care, as it reduces the gap between theory and practice (Granger, et al., 2012; Bvumbwe, 2016). The active partnership results in students being more likely to integrate more quickly and successfully into work environments, to maintain critical thinking and research orientation, and to use acquired knowledge autonomously for patient well-being (Beal, 2012).

Discussion

The first step in continuous development of nursing as a scientific discipline is establishment of strong coalitions between HEIs and clinical environments. Strong partnerships create firm systems that enable nurses to increase their level of practical and academic knowledge, expand and deepen professional skills, and integrate into the concept of lifelong learning. Also, expert recommendations are in this direction - cooperation of academic and clinical environments with the aim of achieving excellence in the field of nursing (Gursoy, 2020). Skela-Savič and colleagues (2017) remind that a very important contribution to understanding nursing education is made by the *EFN Matrix on 4 Categories of the Nursing Care Continuum* (EFN Workforce Committee, 2014), which defines four categories of nursing providers (Skela-Savič, et al., 2017). The EFN Competence Framework states the issues that formal qualifications for nurses ensure. Also researching is one of them. On the other hand, numerous researches are showing us a very evident list of where the barriers are and that it is necessary to take a step towards removing them. Nurses still report that they gain most of their knowledge from personal experience in providing nursing, at conferences, from colleagues and other professionals. Therefore, elimination of barriers still requires a lot of work. Nurses need to be informed, educated and need to have support in implementing evidence-based practice (Yoder, et al., 2014).

Conclusion

Nurses agree that evidence-based nursing is the future of the profession and consequently of patients. Still, they are rarely involved in research processes in clinical settings because of the barriers they face. Despite that, they are aware that the development of nursing as a scientific discipline requires collaboration of theory and practice. It requires effective knowledge triangle where ideas flow and are implemented. This is why is so important to talk about nursing, the development and quality.

Literature

- Al Furaikh, S. S., Al Omairi, B. E. & Ganapathy, T., 2017. A Cross-sectional Survey on Nursing Students' Attitude towards Research. *Journal of Health Specialties*, 2017, pp. 5:185-191.
- Beal, J. A., 2012. Academic-Service Partnerships in Nursing: An Integrative Review. *Nursing Research and Practice*. doi:10.1155/2012/501564.
- Black, A., Balneaves, L. G., Garossino, C., Puyat, J. H. & Qian, H., 2015. Promoting Evidence-Based Practice Through a Research Training Program for Point-of-Care Clinicians. *The Journal of nursing administration*, 45(1), pp. 14-20.
- Bole, U. & Skela-Savič, B., 2018. Odnos in znanje medicinskih sester ter ovire pri implementaciji na dokazih temelječe prakse: integrativni pregled literature. *Obzornik zdravstvene nege*, 52(3), pp.177–185.
- Boström, A.M., Rudman, A., Ehrenberg, A., Gustavsson, J.P. & Wallin, L., 2013. Factors associated with evidence-based practice among registered nurses in Sweden: a national cross-sectional study. *BMC Health Services Research*, 13, pp. 165.
- Brooke, J., Hvalič-Touzery, S. & Skela-Savič, B., 2015. Student nurse perceptions on evidence-based practice and research: An exploratory research study involving students from the University of Greenwich, England and the Faculty of Health Care Jesenice, Slovenia. *Nurse Education Today* 35(7) e6–e11 <http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2015.02.026>.
- Bvumbwe, T., 2016. Enhancing nursing education via academeclinical partnership: An integrative review. *International Journal of Nursing Sciences*, 3(3), pp. 314-322.
- Farokhzadian, J., Nayeri, N.D., Borhani, F. & Zare, M.R., 2015. Nurse leaders' attitudes, self-efficacy and training needs for implementing evidence-based practice: is it time for a change toward safe care. *British Journal of Medicine and Medical Research*, 7(8), pp. 662–671.
- Granger, B. B., Prvu-Bettger, J., Aucoin, J., Fuchs, M. A., Mitchell, P. H., Holditch-Davis, D., Rothg, D., Califf, R. M. & Gilliss, C. L., 2012. An Academic-Health Service Partnership in Nursing: Lessons from the Field. *Journal of Nursing Scholarship*, 44(1), pp. 71–79.
- Gursoy, E., 2020. Partnership between academic nursing and clinical practice: A qualitative study. *Journal of the Pakistan Medical Association*, April, pp. 597-601.
- Henoch, I., Jakobsson Ung, E., Ozanne, A., Falk, H., Falk, K., Kenne Sarenmalm, E., Öhlén, J. & Fridh, I., 2014. Nursing students' experience of involvement in clinical research: An exploratory study. *Nurse Education in Practice* 14(2), pp. 188-194.
- Kelly, K.P., Turner, A., Gabel Speroni, K., McLaughlin, M.K. & Guzzetta, C.E., 2013. National survey of hospital nursing research, part 2: facilitators and hindrances. *The Journal of Nursing Administration*, 43(1), pp. 18–23.
- Loke, J., Laurenson, M. & Lee, K., 2014. Embracing a culture in conducting research requires more than nurses' enthusiasm. *Nurse Education Today*, 34(1), pp. 132–137.
- Shafiei, E., Baratimarnani, A., Goharinezhad, S., Kalhor, R. & Azmal, M., 2014. Nurses' perceptions of evidence-based practice: a quantitative study at a teaching hospital in Iran. *Medical Journal of the Islamic Republic of Iran*, 28, p. 135.
- Skela-Savič, B. & Kiger, A., 2015. Self-assessment of clinical nurse mentors as dimensions of professional development and the capability of developing ethical values at nursing students: a correlational research study. *Nurse Education Today*, 35(10), pp. 1044–1051.
- Skela-Savič, B., Pesjak, K., Lobe, B., 2016. Evidence-based practice among nurses in Slovenian hospitals: a national survey. *International Nursing Review*, 63(1), pp. 122–131. <https://doi.org/10.1111/inr.12233>

- Skela-Savič, B., Hvalič-Touzery, S. & Pesjak, K., 2017. Professional values and competencies as explanatory factors for the use of evidence-based practice in nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 73(8), pp. 1910-1923.
- Stokke, K., Olsen, N., Espehaug, B. & Nortvedt, M., 2014. Evidence based practice beliefs and implementation among nurses: a crosssectional study. *BMC Nursing*, 13(1), pp. 8–18.
- Yoder, L.H., Kirkley, D., McFall, D.C., Kirksey, K.M., Stalbaum, A.L. & Sellers, D., 2014. Staff nurses' use of research to facilitate evidence-based practice. *The American Journal of Nursing*, 114(9), pp. 26-37.

Аутизм диагнозы бар балаларға мейіргерлік күтімді жақсарту

Гүлнар Молдағалиева

RN, «УМС» КҚ БОҰО, moldagalievagulnar1973@gmail.com

Любовь Руденко

RN, «УМС» КҚ БОҰО, Lubovrudenko218@gmail.com

Манзура Канкина

RN, «УМС» КҚ БОҰО, manzurakankina@gmail.com

Ботакөз Баймұханбетова

RN, «УМС» КҚ БОҰО, botakoz.baimukhanbetova@gmail.com

Әлия Бұлхаирова

RN, «УМС» КҚ БОҰО, abulkhairovaaliya@gmail.com

Әлия Аюпова

RN, «УМС» КҚ БОҰО, aypovaalia13@gmail.com

Сари Ярвинен

Мейіргер, PhD (Денсаулықты нығайту), JAMK Қоланбалы ғылымдар университеті,
sari.jarvinen@jamk.fi

Түйіндеме

Зерттеудің мақсаты - мейіргерлік күтімнің әлсіз және күшті жақтарын анықтау үшін аутизм диагнозы бар науқастарды оңалтудағы мейіргердің рөлін бағалау. Зерттеуде сандық әдіс қолданылды. АСБ бар науқастардың мейіргерлерімен (N=30) және ата-аналарымен (N=24) сауалнама жүргізілді. Мейіргерлерге арналған сауалнама мейіргерлік күтімнің білімі мен рөлін бағалады, ата-аналарға арналған сауалнама мейіргерлік күтімнің рөлі мен сапасын бағалады. Деректерді талдау статистикалық әдістерді пайдалану арқылы жүргізілді. Нәтижелері: Зерттеу, жоқ екенін көрсетті түсінік рөлін медбикелер күтім науқастар болып саналады. 67% медбикелер ауру бойынша бір рет оқытылды. ASD пациенттеріне мейірбикелік күтімдегі мейірбикелердің рөлі туралы ата-аналардың бағалауы жоғары баға берді. Зерттеу АСБ бар науқастарға мейіргерлік күтімде айқындық жоқтығын көрсетті. Мейіргерлердің 67%-ы АСБ аурулары бойынша оқытудан өтті. Ата-аналардың АСБ бар науқастарға мейіргерлік күтімдегі мейіргерлердің рөлін бағалауы айтарлықтай жоғары бағаны көрсетті. Зерттеу мейіргерлік күтімнің әлсіз жақтарын анықтады. Мейіргерлердің орташа білім деңгейі, көптеген мейіргерлерде АСБ науқастарымен кәсіби жұмыс тәжірибесі жоқ, АСБ науқастарына күтім жасауда мейіргер рөлін төмен бағалау. Қорытынды: АСБ бар науқастарға күтім көрсететін мейіргерлердің біліктілігін арттыру үшін, мейіргерлерді АСБ бар науқастарға мейіргерлік көмек көрсетуге үйрету үшін медициналық мекемелермен ынтымақтастықты бастау қажет.

Түйінді сөздер: аутизм, аутистік спектрдің бұзылуы, мейіргердің рөлі, оңалту

Кіріспе

«Аутизм – дамудың күрделі кешенді бұзылуы, онда баланың және оның айналасындағы адамдардың өміріне айтарлықтай әсер ететін сыртқы әлеммен және басқа адаммен әлеуметтік байланыстарды қалыптастыру қиын болады». Аутизм - бұл науқастың бүкіл өміріне әсер ететін созылмалы ауру (Блиноваetal, 2019).

CDC аутизмді және дамудың бұзылуын (ADDM) мониторингтеу желісінің бағалауы бойынша, шамамен 54 баланың 1-де аутистік спектр бұзушылығы (АСБ) анықталды. АСБ барлық нәсілдік, этникалық және әлеуметтік-экономикалық топтарда кездеседі. Қыздарға қарағанда, ұлдардың арасында АСБ 4 есе жиі кездеседі (Engelke, 2017).

Қазақстанда аутистік бұзушылықтары бар балаларды неврологтардың қабылдауларында 2008 жылдан бастап жиірек тіркей бастады. Соңғы жылдары «Балалар аутизмі», «Атипиялық аутизм» бөлімдерінде аутизмі бар балаларды анықтау бойынша өсім байқалады (Садуакасова, 2018).

Аутизмі бар балалар олардың жалпы денсаулығы мен әл-ауқатына әсер ететін көптеген мәселелерге тап болады, олар қосалқы аурулардың пайда болу қаупіне ұшырайды. Аутизмі бар тұлғалар арасында ең көп кездесетін мәселелер - бұл әлеуметтік мәселелер: құрдастарымен қарым-қатынас, тамақтану, ұйқы және зиянды мінез-құлық. Осы мәселелерді басқару және аутизммен ауыратын науқастардың әл-ауқатына ықпал ету үшін араласудың ең тиімді шараларын анықтау қажет (Redquestetal, 2020).

Аутизм диагнозы бар балаларды оңалтуды мамандардың мультидисциплинарлық командасы үш бағыт бойынша жүргізеді: медициналық, педагогикалық және әлеуметтік көмек, онда жеке тіл табысу ескеріледі. Аутизм диагнозы бар науқастарға қызмет көрсететін мамандардың оңалтуда көмек көрсету үшін жеткілікті және тиісті даярлығы мен құзыреті болуы тиіс. Аутизм диагнозы бар балаларды қолдау және емдеу мен күтім көрсету процесіне қатысу кезінде отбасының рөлі де маңызды (Бөлекбаева, et al., 2019).

АСБ бар науқастарды оңалтудағы мейіргердің міндетіне баламен сенімді қарым-қатынас орнату, әлеуметтік дағдыларды жүргізу, жақын туыстарына науқастарды күту және тәрбиелеу бойынша күнделікті іс-әрекетте көмек көрсету кіреді. Осындай науқастарды жүргізу бойынша білім беру сұхбаттарын өткізу, науқастың жанұясына психоэмоционалдық қолдау көрсету мейіргерлік күтімінің ажырамас бөлігі болып табылады (Блинова, et al., 2019).

АҚШ-тың отбасылық мейіргерлері АСБ бар науқастарға көмек көрсетуде бірнеше кедергілерді анықтады: уақыттың болмауы және кәсіби білімнің болмауы. Кәсіби білімнің төмен деңгейі жағдайында, АСБ бар науқастарға мейіргерлік күтімді ұсыну, құзыретті және тиімді медициналық қызмет көрсетуді қамтамасыз ету қиын (Iannuzzi, et al., 2018).

Осы зерттеудің мақсаты «УМС» КҚ (БДҰО) балаларды оңалтудың ұлттық орталығында АСБ бар науқастарға мейіргерлік күтім көрсетуді жақсарту үшін АСБ-мен ауыратын балаларды оңалтудағы мейіргерлердің рөлін бағалау болды.

Әдістері.

Зерттеу БДҰО-да алты психоневрологиялық бөлімде өтті. Қатысушылар - мейіргерлік күтімді тікелей қамтамасыз ететін клиникалық оңалту орталығының мейіргерлері (N=30) және АСБ бар науқастардың ата-аналары (N=24). Сауалнама жүргізу арқылы АСБ бар балаларды оңалтудағы мейіргерлердің рөліне баға берілді.

Зерттеуге қатысқан барлық респонденттерден зерттеуге өз еркімен қатысуға жазбаша нысандағы келісімдер алынды.

Мейіргерлерге арналған сауалнамалар үш зерттеудің негізінде әзірленді: D. Lannuzzi (2018) «Addressing a Gap in Healthcare Access for Transition-Age Youth with Autism: A Pilot Educational

Intervention for Family Nurse Practitioner Students, Journal of Autism and Developmental Disorders»; Ferreira ACSS (2019) «Knowledge of nursing students about autistic disorders»; A.A. Jolly (2015) «Handle with Care: Top Ten Tips a Nurse Should Know Before Caring For a Hospitalized Child with Autism Spectrum Disorder».

Ата-аналарға арналған сауалнамалар екі зерттеудің негізінде әзірленді: К.В. Шмырина (2017) «Ми қан айналымының жіті бұзылуынан зардап шеккен науқастарды оңалтудағы орта медициналық персоналдың рөлі» және А.А. Jolly (2015) «Handle with Care: Top Ten Tips a Nurse Should Know Before Caring For a Hospitalized Child with Autism Spectrum Disorder».

Респонденттерге сауалнама жүргізу нәтижелері орташа мәннің, интервалдың және салыстырмалы жиіліктің сипаттамалық мінездемесі бар электрондық кестелер мен суреттер түрінде ұсынылды.

Нәтижелері

Мейіргерлердің кәсіби сипаттамасы мейіргерлердің жұмыс өтілінің аралығы медицинадағы жалпы өтілі 0,1-ден 35 жылға дейін, психоневрологиялық бөлімде жұмыс өтілі 0,1-ден 13 жылға дейін болғанын көрсетті. Зерттеуге ТжКБ-ден мейіргерлердің 97% және академиялық бакалавриатпен 3%-ы қатысты, қолданбалы бакалавриат және магистратура бағдарламалары бар мейіргерлер зерттеуге қатысқан жоқ. Мейіргерлердің жалпы санаты 67%- ды құрады.

Нәтижелер сонымен қатар мейіргерлердің көпшілігінде жеке тәжірибесінің (43%) және АСБ-мен ауыратын науқастармен жұмыс істеудің кәсіби тәжірибесінің (47%) жоқ екенін көрсетіп және тек 13%- да мол кәсіби тәжірибенің және 17%- да мейіргерлерде жеке тәжірибенің барын көрсетті.

Мейіргерлердің өзін-өзі бағалауы аутизмге (АСБ) байланысты негізгі өзгерістер (жеті белгілер) туралы мейіргерлердің орташа білім деңгейі 65%-ды құрағанын көрсетті. АСБ науқастарын емдеумен байланысты оң жауаптарды бағалау өзгерістер туралы біліммен салыстырғанда аз болды, 54%-ы «ИӘ» деп жауап берді. Сондай-ақ, сауалнама нәтижелері көрсеткендей, мейіргерлердің тек 40%-ы ғана ҰБОО-да білім алды, ал 23%-ы басқа мекемелерде білім алды.

АСБ-мен ауыратын науқастарға мейіргерлік күтім жасау рөлінің оң бағасын (жауаптардың сомасы «толық келісті» және «келісті») мейіргерлер арасында науқас туралы ақпаратты дұрыс беру 54%, науқастың отбасын қолдау 46%, ҰБОО-да қауіпсіз болу ортасын құру 40%, палатада үй жағдайын жасау 34%, мультидисциплинарлық командаға қатысу 30%, эмоционалды бұзылуларды анықтау және сыйақы жүйесін белгілеу 30%, науқасқа тұрақты күтім жасауды қамтамасыз ету 30% атап өтті. Мейіргерлердің 10%-ы АСБ-мен ауыратын науқастарын күтудегі мейіргерлер сияқты өз рөлін бағаламады, бұл мейіргер рөлін бағалаудың жалпы нәтижесіне әсер етті.

Ата-аналардың АСБ-мен ауыратын науқастарға мейіргерлік күтімдегі мейіргерлердің рөлін бағалауы, бұл мейіргерлердің мейіргер рөлін өзін-өзі бағалаудан қарағанда жоғары бағалауды көрсетті. Науқастардың ата-аналары (жауаптардың сомасы «толық келісті» және «келісті») науқаспен қарым-қатынастың оңтайлы тәсілін айқындауда 96%, науқастың отбасын қолдауда 92%, қауіпсіз болу ортасын құруда 92%, палатада үй жағдайын жасауда 92% және отбасының күтімге қатысуын көтермелеуде 92% айтарлықтай оң баға береді.

Мейіргерлік күтім сапасын бағалау сауалнамасының нәтижелеріне сәйкес АСБ-мен ауыратын науқастарға көрсетілген қызметтердің сапасына жалпы ата-аналар қанағаттанғаны анықталды. Мейіргерлік күтім сапасын бағалау нәтижелерінің жалпы қорытындысы «қанағаттандырылды» – 90%-ды құрады.

Талқылау

Зерттеудің мақсаты ҰБОО-ғы мейіргерлік күтімнің әлсіз және күшті жақтарын анықтау үшін АСБ диагнозы бар науқастарды оңалтудағы мейіргердің рөлін бағалау болды.

Зерттеудегі мейіргер ісінің рөлін бағалау нәтижелері мейіргерлер мен АСБ-мен ауыратын науқастардың ата-аналарын бағалау арасындағы айтарлықтай айырмашылықты анықтады. Зерттеу АСБ-мен ауыратын науқастарға күтім жасаудағы мейіргерлердің рөлінің айқын еместігін көрсетті, мейіргерлердің жартысы нақты пікірге ие емес немесе өзінің рөлімен толық келіспейді. АСБ-мен ауыратын науқастарды мейіргерлік күтімдегі мейіргерлердің рөлін ата-аналардың бағалауы жоғары бағалауды көрсеткенін атап өткен жөн, бұл ата-аналардың көпшілігі мейіргер рөлінің маңыздылығы туралы келіседі және АСБ-мен ауыратын балаларды оңалтуға олардың қатысуын қажет етеді.

Мейіргер АСБ-мен ауыратын науқастарына қамқорлық жасайтын және науқастың қасында үнемі тұратын мультидисциплинарлық топтың мүшесі ретінде толыққанды мейіргерлік күтімді қамтамасыз ету үшін АСБ туралы білімі болуы керек, бақылауды бағалауы, шешім қабылдауы, АСБ-мен ауыратын науқастардың отбасын оқытуы және қолдауы керек (Jolly 2015).

Осы зерттеудің мейіргерлерінің білім нәтижелері Ferreira (2019) зерттеулерінің нәтижелеріне сәйкес келеді, АСБ белгілерін анықтаудың этиологиясына қатысты мейіргерлердің жеткіліксіз хабардар екендігі. Бұл мейіргерлердің өз рөлі туралы бағаланбауының себептерінің бірі мейіргерлердің АСБ туралы негізгі білімінің жеткіліксіздігімен байланысты болды деп болжайды. Бұл ретте нәтижелерде көрсетілгендей осы зерттеуге қатысқан мейіргерлерінің көпшілігі (97%) ТжКБ білімі бар ҰБОО мейіргерлері, Ferreira (2019) зерттеуінде барлық респонденттер мейіргер ісі бакалавриатының студенттері болды, яғни мейіргерлер колледжде оқу кезінде АСБ туралы жеткілікті білім алмайды. Сонымен қатар, ҰБОО-да қосымша оқытуға, мейіргерлерге аз көңіл бөлінгені анықталды.

АСБ туралы білім мен осындай науқастармен жұмыс істеудің нақты тәжірибесінің үйлесімі АСБ-мен ауыратын науқастарға жеке күтім жасауды жоспарлау және шешім қабылдау тәсілін жақсарттады (Iannuzzi, et al., 2018). ҰБОО психоневрологиялық бөлімдерінде жұмыс істейтін кейбір мейіргерлер әлі күнге дейін АСБ-мен ауыратын науқастармен тәжірибеде кездеспегенін атап өткен жөн. Бұл рөлдің өзін-өзі төмен бағалауына да әсер етті, сондықтан респонденттердің көпшілігінде АСБ-мен ауыратын науқастарға тәжірибе болған жоқ, дегенмен мейіргерлердің жалпы жұмыс өтілі орташа есеппен $13,8 \pm 2,2$, ал психо-неврологиялық бөлімде жұмыс өтілі $4,74 \pm 0,78$ болды.

Бірақ, мейіргерлік күтімнің рөлін өзін-өзі бағалаудың төмендігіне қарамастан, жалпы ата-аналардың ҰБОО-да ұсынылған мейіргерлік күтімнің сапасына қанағаттануын бағалау жоғары нәтиже көрсетті.

Себебі АСБ-мен ауыратын науқастарға көмек көрсетудегі кедергілердің бірі кәсіптік білімнің жетіспеушілігі болып табылады (Iannuzzi, et al., 2018), сондай-ақ осы зерттеуде мейіргерлердің 97% - ның техникалық және кәсіптік білімі бар. Сондай-ақ, зерттеушілер мейіргерлердің сауалнамасына барлық мейіргелер оң жауап берген АСБ ауруы бойынша әрі қарай оқуға дайындығын зерттеу үшін сұрақтарды енгізді, сондай-ақ АСБ-ны мейіргер ісіндегі маңызды тақырып деп атап өтті.

Айта кету керек, бұл зерттеу шағын іріктеу сияқты кейбір шектеулерге ие болды, сондай-ақ зерттеу Қазақстанның бір оңалту орталығында жүргізілді.

Қорытынды

«Аутизм» диагнозы бар балаларды оңалтудағы мейіргердің жұмысы әрбір науқас үшін жеке, себебі аутизммен ауыратын науқастармен жұмыс істеу үшін терапия мен оңалтудың бірыңғай оңтайлы әдісі жоқ.

Мейіргерлік көмектің күшті жақтары - оңалту кезіндегі мейіргерлік көмектің сапасын бағалау, сондай-ақ АСБ-мен ауыратын науқастарды күтудегі мейіргерлердің рөлінің маңыздылығын түсіну, осыған ата-аналардың мейіргерлердің жұмысына деген сенімді қатынасы дәлел.

Зерттеуге қатысқан мейіргерлердің арқасында мейіргерлік күтімнің әлсіз жақтары анықталды. Мейіргерлердің орта кәсіптік білімі, білімнің орташа деңгейі, АСБ-мен ауыратын науқастармен жұмыс істеудің кәсіби тәжірибесінің болмауы, жұмыс орнында оқытудың жеткіліксіздігі сияқты әлсіз жақтар АСБ-мен ауыратын науқастарға күтім жасаудағы мейіргердің рөлін субъективті өзін-өзі бағалаудың төмендеуіне әкелді. Сондай-ақ, зерттеу мейіргерлердің АСБ-мен ауыратын науқастарға бағытталған мейіргерлік күтімдегі кейінгі жаңалықтар мен өзгерістерді қабылдауға жоғары дайындығын көрсетті.

Осы нәтижелерге сүйене отырып, АСБ ауруы және АСБ-мен ауыратын науқастарға мейіргерлік көмек көрсету бойынша тұрақты түрде ҰБОО-да мейіргерлерді оқытуды ұйымдастыру қажет. Жаңа қызметкерлерді тарту арқылы жоғары білімі бар мейіргерлердің санын көбейту, сондай-ақ ҰБОО-да жұмыс істейтін мейіргерлерді одан әрі оқытуға ынталандыру.

Сондай-ақ ТжКБ-де де, жоғары оқу орындарында да Қазақстанның мейіргерлерін даярлау бойынша білім беру бағдарламаларын жақсарту бойынша медициналық оқу орындарымен ынтымақтастық жөнінде ұсыныс енгізу маңызды. Білім беру бағдарламаларын жетілдіру жөніндегі ұсыныс АСБ-на бағдарланған теориялық сабақтарды жақсартуды, сондай-ақ оқу орындарының студенттеріне практикалық тәжірибе беруді де қамтуы тиіс. Ұлттық балаларды оңалту орталығы болашақта практикалық сабақтарға арналған базаға айналуы мүмкін.

Улучшение сестринского ухода за детьми с диагнозом Аутизм

Гульнар Молдагалиева

RN, НЦДР КФ “УМС”, moldagalievagulnar1973@gmail.com

Любовь Руденко

RN, НЦДР КФ “УМС”, Lubovrudenko218@gmail.com

Манзура Канкина

RN, НЦДР КФ “УМС”, manzurakankina@gmail.com

Ботакоз Баймуханбетова

RN, НЦДР КФ “УМС”, botakoz.baimukhanbetova@gmail.com

Алия Булхаирова

RN, НЦДР КФ “УМС”, abulkhairovaaliya@gmail.com

Алия Аюпова

RN, НЦДР КФ “УМС”, aypovaalia13@gmail.com

Сари Ярвинен

Медицинская сестра, PhD (Укрепление здоровья), Университет прикладных наук JAMK,
sari.jarvinen@jamk.fi

Резюме

Целью исследования была оценка роли медицинской сестры в реабилитации пациентов с диагнозом аутизм что бы выявить слабые и сильные сестринского ухода. В исследовании использовался количественный метод. Было проведено анкетирование с медицинскими сестрами (N=30) и родителями (N=24) пациентов с РАС. Анкета для медицинских сестер оценивала знания и роль сестринского ухода, анкета для родителей оценивала роль и качество сестринского ухода. Анализ данных проводился с использованием статистических методов. Результаты: Исследование, показало отсутствие ясности роли у медицинских сестер в уходе за пациентами с РАС. Обучение по заболеванию РАС прошли 67% медицинских сестер. Оценка родителей о роли медицинских сестер в сестринском уходе за пациентами с РАС показала более высокую оценку. Исследование выявило слабые стороны в сестринском уходе. Средний уровень знаний медицинских сестер, многие медицинские сестры не имеют профессионального опыта работы с пациентами с РАС, низкая самооценка роли медицинской сестры в уходе за пациентами с РАС. Выводы: Для повышения квалификации медсестер, ухаживающих за пациентами с РАС, необходимо начать сотрудничество с медицинскими учреждениями для обучения медсестер оказанию медсестринской помощи пациентам с РАС.

Ключевые слова: аутизм, расстройство аутистического спектра, роль медицинской сестры, реабилитация

Введение

«Аутизм – серьезное комплексное нарушение развития, при котором затруднено формирование социальных контактов с внешним миром и другим человеком, оказывающее заметное влияние на жизнь ребенка и окружающих его людей». Аутизм - хроническое заболевание, влияющее на всю жизнь пациентов. (Блинова et al. 2019.) По оценкам Сети мониторинга аутизма и нарушений развития (ADDM) CDC, примерно у 1 из 54 детей было выявлено расстройство аутистического спектра (РАС). РАС встречается во всех расовых, этнических и социально – экономических группах. Среди мальчиков РАС более чем в 4 раза чаще, чем среди девочек. (Engelke, 2017). В Казахстане детей с аутистическими расстройствами стали чаще регистрировать с 2008 года на приемах у неврологов. В последние годы отмечается рост по выявлению детей с аутизмом в разделах «Детский аутизм», «Атипичный аутизм». (Садуакасова, et al., 2018.) Дети с аутизмом испытывают множество проблем, влияющих на их общее здоровье и благополучие, они подвергаются риску возникновения сопутствующих заболеваний. Наиболее распространенными проблемами, среди лиц с аутизмом, которые ставят их под угрозу для других проблем, являются социальные проблемы: отношения сверстников, питание, сон и вредное поведение. Необходимо определять наиболее эффективные меры вмешательства для управления этими проблемами и влияния на благосостояние пациентов с аутизмом (Redquest, et al. 2020).

Реабилитация детей с диагнозом аутизм проводится мультидисциплинарной командой специалистов по трем направлениям: медицинская, педагогическая и социальная помощь, где учитывается индивидуальный подход. Специалисты, оказывающие услуги пациентам с диагнозом аутизм, должны иметь достаточную и надлежащую подготовку и компетенцию для оказания помощи в реабилитации. Также важна роль семьи при поддержке детей с диагнозом аутизм и участии в процессе лечения и ухода. (Булекбаева, et al., 2019.) В обязанности медицинской сестры в реабилитации пациентов с РАС входит установление доверительных отношений с ребенком, проведение социальных навыков, помощь близким родственникам в повседневной деятельности по уходу и воспитанию пациентов. Проведение образовательных бесед по ведению таких пациентов, предоставление психоэмоциональной поддержки семье пациента является неотъемлемой частью сестринского ухода. (Блинова, et al. 2019.) Семейные медицинские сестры США выделили несколько барьеров в оказании помощи пациентам с РАС: недостаток времени и недостаток профессионального образования. Сложно предоставлять сестринский уход, обеспечивать компетентное и эффективное медицинское обслуживание пациентам с РАС при низком уровне профессиональных знаний. (Iannuzzi, et al., 2018.) Целью данного исследования была оценка роли медицинских сестер в реабилитации детей с РАС, для улучшения предоставления сестринского ухода пациентам с РАС в Национальном центре детской реабилитации КФ «УМС» (НЦДР).

Методы

Исследование проходило в НЦДР в шести психоневрологических отделах. Участниками были медицинские сестры (N=30) центра клинической реабилитации, которые непосредственно предоставляют сестринский уход и родители (N=24) пациентов с РАС. Была проведена оценка роли медицинской сестры в реабилитации детей с РАС с помощью анкетирования. У всех респондентов, участвовавших в исследовании, были взяты информированные согласия в письменной форме на добровольное участие в исследовании.

Анкета для медицинских сестер была разработана на основе трех исследований: Iannuzzi, et al. (2018) «Addressing a Gap in Healthcare Access for Transition-Age Youth with Autism: A Pilot Educational Intervention for Family Nurse Practitioner Students, Journal of Autism and Developmental Disorders»; Ferreira ACSS (2019) «Knowledge of nursing students about autistic disorders»; Jolly, AA. (2015) «Handle with Care: Top Ten Tips a Nurse Should Know Before Caring For a Hospitalized Child with Autism Spectrum Disorder».

Анкета для родителей составлена на основе двух исследований: Шмырина, (2017) «Роль среднего медицинского персонала в реабилитации пациентов с последствиями перенесенного острого нарушения мозгового кровообращения» и Jolly (2015) «Handle with Care: Top Ten Tips a Nurse Should Know Before Caring For a Hospitalized Child with Autism Spectrum Disorder».

Результаты анкетирования респондентов были представлены в виде электронных таблиц и рисунков с описательным характером среднего значения, интервала и относительной частоты.

Результаты.

Профессиональная характеристика медицинских сестер показала, что интервал стажа работы медицинских сестер составил общий стаж в медицине от 0,1 до 35 лет, стаж работы в психоневрологическом отделе от 0,1 до 13 лет. В исследовании участвовало 97% медицинских сестер с ТИПО и 3% с академическим бакалавриатом, медицинских сестер с прикладным бакалавриатом и магистратурой в исследовании не участвовали. Общая категорийность медсестер составила 67%.

Также результаты показали, что большая часть медицинских сестер не имеют как личного опыта (43%), так и профессионального опыта (47%) работы с пациентами с РАС и только 13% имеют большой профессиональный опыт и 17% медицинских сестер личный опыт.

Самооценка знаний медицинских сестер показала, средний уровень знаний медсестер об основных изменениях (семь симптомов), связанных с аутизмом (РАС) составил 65%. Оценка знаний связанных с лечением пациентов РАС положительных ответов было меньше по сравнению с знаниями об изменениях, 54% ответили «да». Также результаты анкетирования показали, что только 40% медицинских сестер получили знания в НЦДР и 23% получили обучение в других учреждениях.

Положительную оценку роли сестринского ухода за пациентами с РАС (сумма ответов «полностью согласилась» и «согласилась») медицинские сестры отметили в правильной передаче информации о пациенте между медсестрами 54%, поддержка семьи пациента 46%, создание безопасной среды пребывания в НЦДР 40%, создание домашней обстановки в палате 34%, участие в мультидисциплинарной команде 30%, определение эмоциональных нарушения и установление системы вознаграждения 30%, обеспечение постоянным лицом по уходу за пациентом 30%. 10% медицинских сестер не оценили свою роль, как медсестры в уходе за пациентами с РАС, что повлияло на общий результат оценки роли медицинской сестры.

Оценка родителей о роли медицинских сестер в сестринском уходе за пациентами с РАС, которая показала более высокую оценку, чем самооценка роли сестринского ухода медицинскими сестрами. Существенную положительную оценку отмечают родители пациентов (сумма ответов «полностью согласилась» и «согласилась») в определении оптимального способа общения с пациентом 96%, в поддержке семьи пациента 92%, в создании безопасной среды пребывания 92%, в создании домашней обстановки в палате 92% и в поощрение участия семьи в уходе 92%.

Согласно результатам опроса оценки качества сестринского ухода, за пациентом РАС, выявлено что родители в целом были удовлетворены качеством оказанных услуг. Общий итог результатов оценки качества сестринского ухода составил «удовлетворен» – 90%.

Обсуждение

Целью исследования была оценка роли медицинской сестры в реабилитации пациентов с диагнозом РАС для выявления слабых и сильных сторон сестринского ухода в НЦДР.

Результаты оценки роли сестринского ухода в исследовании выявили существенное различие между оценкой медицинскими сестрами и родителями пациентов с РАС. Исследование, показало отсутствие ясности роли у медицинских сестер в уходе за пациентами с РАС, половина медицинских сестер не имеют определенного мнения или полностью не согласны со своей ролью.

Следует отметить, что оценка родителей о роли медицинских сестер в сестринском уходе за пациентами с РАС показала более высокую оценку, что предполагает, что большая часть родителей согласны с важностью роли медицинской сестры и нуждаются в их участии в реабилитации детей с РАС.

Медицинская сестра как член мультидисциплинарной команды, которая ухаживает за пациентом с РАС, и постоянно находится рядом с пациентом, для предоставления полноценного сестринского ухода, должна иметь знания о РАС, вести оценку наблюдений, принимать решения, обучать и поддерживать семью пациента с РАС (Jolly, 2015).

Результаты знаний медицинских сестер данного исследования соответствуют результатам исследования Ferreira (2019), что существует недостаточная осведомленность, медицинских сестер относительно этиологии выявления признаков РАС. Это позволяет предположить, что одной из причин заниженной оценки медицинских сестер о своей роли была связана с недостаточным уровнем базовых знаний медицинских сестер о РАС.

При этом медицинских сестер, участвовавших в данном исследовании, как показано в результатах большинство (97%) медицинских сестер НЦДР с образованием ТИПО, в исследовании же Ferreira (2019) все респонденты были студенты бакалавриата сестринского дела, а значит и медицинские сестры получают недостаточно знаний о РАС при обучении в колледже. Кроме того, было выявлено, что дополнительному обучению в НЦДР, медицинским сестрам уделялось мало внимания.

Сочетание знаний о РАС и реальный опыт работы с такими пациентами улучшает подход в принятии решений и планирование индивидуального ухода за пациентами с РАС (Iannuzzi, et al., 2018). Следует отметить, что некоторые медицинские сестры, работая в психоневрологических отделах НЦДР, до сих пор не сталкивались в практике с пациентами с РАС. Это также повлияло на низкую самооценку роли, так большая часть респондентов – медсестер не имели опыта работы с пациентами РАС, хотя общий стаж работы медицинских сестер в среднем был $13,8 \pm 2,2$, а стаж работы в психо – неврологическом отделе составил $4,74 \pm 0,78$.

Но, несмотря на низкую самооценку роли сестринского ухода, в целом оценка родителей на удовлетворенность качеством предоставленного сестринского ухода в НЦДР показало высокий результат.

Так как одним из барьеров в оказании помощи пациентам с РАС является недостаток профессионального образования (Iannuzzi, et al., 2018), так и в данном исследовании 97% медицинских сестер имеют техническое и профессиональное образование. Также исследователи включили вопросы в анкетирование медицинских сестер, для изучения готовности медицинских сестер к дальнейшему обучению по заболеванию РАС, на что все медицинские сестры ответили положительно, а также отметили РАС важной темой в сестринском деле.

Следует отметить, что данное исследование имело некоторые ограничения, такие как небольшая выборка, а также исследование проводилось в одном реабилитационном центре Казахстана.

Заключение

Работа медсестры в реабилитации детей с диагнозом «аутизм» индивидуальна для каждого пациента, поскольку не существует единого оптимального метода терапии и реабилитации для работы с пациентами с аутизмом.

Сильные стороны сестринского ухода – оценка качества сестринского ухода во время реабилитации, а также понимание важности роли медицинских сестер в уходе за пациентами с РАС, о чем говорит доверительное отношение родителей к работе медицинских сестер.

Слабые стороны сестринского ухода, выявили благодаря медицинским сестрам, участвовавшим в исследовании. Слабые стороны, такие как среднее профессиональное образование медицинских сестер, средний уровень знаний, отсутствие профессионального опыта работы с пациентами с РАС, недостаточное обучение на рабочем месте привели к заниженной субъективной самооценке роли медицинской сестры в уходе за пациентами с РАС. Также исследование показало, высокую готовность медицинских сестер к принятию последующих новшеств и изменений в сестринском уходе ориентированных на пациентов с РАС.

Исходя из этих результатов необходимо организовать обучение медицинских сестер в НЦДР, на постоянной основе по заболеванию РАС и оказанию сестринской помощи пациентам с РАС. Увеличить количество медицинских сестер с высшим образованием, путем привлечения новых сотрудников, а также мотивировать к дальнейшему обучению работающих медицинских сестер НЦДР.

Также важно внести предложение по сотрудничеству с медицинскими учебными заведениями по улучшению образовательных программ как в ТИПО, и в высших учебных заведениях по подготовке медицинских сестер Казахстана. Предложение по улучшению образовательных программ должно включить как улучшение теоретических занятий, ориентированных на РАС, а также предоставление практического опыта студентам учебных заведений. В качестве базы для практических занятий в будущем, может стать Национальный центр детской реабилитации.

Improving nursing care for children diagnosed with Autism

Gulnar Moldagaliyeva

RN, National Center for Children's Rehabilitation "UMC" Corporate fund,
moldagalievagulnar1973@gmail.com

Lyubov Rudenko

RN, National Center for Children's Rehabilitation "UMC" Corporate fund,
Lubovrudenko218@gmail.com

Manzura Kankina

RN, National Center for Children's Rehabilitation "UMC" Corporate fund,
manzurakankina@gmail.com

Botakoz Baimukhanbetova

RN, National Center for Children's Rehabilitation "UMC" Corporate fund,
botakoz.baimukhanbetova@gmail.com

Aliya Bulkhairova

RN, National Center for Children's Rehabilitation "UMC" Corporate fund,
abulkhairovaaliya@gmail.com

Aliya Ayupova

RN, National Center for Children's Rehabilitation "UMC" Corporate fund,
aupovaalia13@gmail.com

Sari Järvinen

RN, PhD (Health Promotion), JAMK University of Applied Sciences, Finland
sari.jarvinen@jamk.fi

Abstract

The aim of the study was to evaluate the role of a nurse in the rehabilitation of patients diagnosed with autism in order to identify the weakness and strength of nursing care. The study used a quantitative method. A questionnaire was conducted with nurses (N = 30) and parents (N = 24) of patients with ASD. A questionnaire for nurses assessed knowledge and the role of nursing care, and a questionnaire for parents assessed the role and quality of nursing care. Data analysis was carried out using statistical methods. The results of the study showed a lack of clarity about the role of nurses in the care of patients with ASD. 67% of nurses were trained for the ASD disease. Parents' assessment of the role of nurses in the nursing care of patients with ASD showed a higher rating. The study revealed weaknesses in nursing care. Average level of knowledge of nurses, many nurses do not have professional experience working with patients with ASD, low self-esteem of the role of a nurse in the care of patients with ASD. As conclusions it can be recommended to improve the skills of nurses taking care of the patients with ASD, it is necessary to start cooperation with medical institutions to train nurses to provide nursing care to patients with ASD.

Keywords: autism, autism spectrum disorder, role of a nurse, rehabilitation

Introduction

"Autism is a serious complex developmental disorder in which it is difficult to form social contacts with the outside world and other people, which has a noticeable impact on the life of the child and the people around him." Autism is a chronic disease that affects the entire life of patients. (Blinova, et al., 2019). The Autism and Developmental Disabilities Monitoring (ADDM) CDC estimated that approximately 1 in 54 children had an autism spectrum disorder (ASD). ASD is found in all racial, ethnic, and socio-economic groups. Boys are more than 4 times more likely to have ASD than girls (Engelke, 2017). In Kazakhstan, children with autistic disorders have been registered more often since 2008 at appointments with neurologists. In recent years, there has been an increase in the identification of children with autism in the sections "Children's autism" and "Atypical autism" (Saduakasova, et al., 2018). Children with autism experience many problems that affect their overall health and well-being, and they are at risk of developing comorbidities. The most common problems among individuals with autism that put them at risk for other problems are social problems: peer relationships, nutrition, sleep, and harmful behavior. It is necessary to identify the most effective interventions to manage these problems and influence the well-being of patients with autism (Redquest, et al., 2020).

Rehabilitation of children diagnosed with autism is carried out by a multidisciplinary team of specialists in three areas: medical, educational, and social assistance that takes into account an individual approach. Specialists who provide services to patients diagnosed with autism should have sufficient and appropriate training and competence to assist in rehabilitation. The role of the family in supporting children diagnosed with autism and participating in treatment and care is also important. (Bulekbaeva, et al., 2019.) The duties of a nurse in the rehabilitation of patients with ASD include establishing a trusting relationship with the child, conducting social skills, and helping close relatives in the daily care and upbringing of patients. Conducting educational conversations on the management of such patients, providing psycho emotional support to the patient's family is an integral part of nursing care. (Blinova, et al., 2019.) Family nurses in the United States have identified several barriers to helping patients with ASD: lack of time and lack of professional education. It is difficult to provide nursing care and provide competent and effective medical care to patients with ASD with a low level of professional knowledge. (Iannuzzi et al. 2018.) The purpose of this study was to assess the role of nurses in the rehabilitation of children with ASD, to improve the provision of nursing care to patients with ASD in the national center for children's rehabilitation of the UMC Corporate fund (National Center for Children's Rehabilitation).

Methods

The study was conducted in the National Center for Children's Rehabilitation in six neuropsychiatric departments. Participants were nurses (N=30) of the clinical rehabilitation center who directly provide nursing care and parents (N=24) of patients with ASD. The role of a nurse in the rehabilitation of children with ASD was evaluated using a questionnaire. All respondents who participated in the study were given informed written consent to participate voluntarily in the study.

The questionnaire for nurses was developed based on three studies: Iannuzzi, et al. (2018) «Addressing a Gap in Healthcare Access for Transition-Age Youth with Autism: A Pilot Educational Intervention for Family Nurse Practitioner Students, Journal of Autism and Developmental Disorders»; Ferreira ACS (2019) «Knowledge of nursing students about autistic disorders»; Jolly (2015) «Handle with Care: Top Ten Tips a Nurse Should Know Before Caring For a Hospitalized Child with Autism Spectrum Disorder».

The questionnaire for parents is based on two studies: Shmyrina (2017) "The role of nursing staff in the rehabilitation of patients with the consequences of acute cerebrovascular disorders" and Jolly (2015) «Handle with Care: Top Ten Tips a Nurse Should Know Before Caring For a Hospitalized Child with Autism Spectrum Disorder». The results of the survey were presented in the form of electronic spreadsheets and figures with a descriptive nature of the average value, interval, and relative frequency.

Results

Professional characteristics of nurses showed that the interval of work experience of nurses was the total length of service in medicine from 0.1 to 35 years, work experience in the neuropsychiatric department from 0.1 to 13 years. The study involved 97% of nurses with VET and 3% with academic bachelor's degrees, nurses with applied bachelor's and master's degrees did not participate in the study. The overall category of nurses was 67%. The results also showed that the majority of nurses have neither personal experience (43%) nor professional experience (47%) working with patients with ASD, and only 13% have extensive professional experience and 17% of nurses have personal experience.

A self-assessment of nurses' knowledge showed that the average level of nurses' knowledge of the main changes (seven symptoms) associated with autism (ASD) was 65%. Assessment of knowledge related to the treatment of patients with ASD positive responses were less compared to knowledge about changes, 54% answered "Yes". Also, the survey results showed that only 40% of nurses received knowledge at the National Center for Children's Rehabilitation and 23% received training at other institutions. Positive assessment of the role of nursing care for patients with ASD (the sum of the responses "fully agreed" and "agreed") nurses noted the correct transfer of patient information between nurses 54%, support for the patient's family 46%, creating a safe environment in the National Center for Children's Rehabilitation 40%, creating a home environment in the ward 34%, participating in a multidisciplinary team 30%, identifying emotional disorders and establishing a reward system 30%, providing a permanent person to care for the patient 30%. 10% of nurses did not evaluate their role as nurses in the care of patients with ASD, which affected the overall outcome of the evaluation of the role of a nurse.

Parents' assessment of the role of nurses in the nursing care of patients with ASD, which showed a higher score than the self-assessment of the role of nursing by nurses. A significant positive rating is given by the patient's parents (the sum of the responses "fully agreed" and "agreed") in determining the optimal way to communicate with the patient 96%, in supporting the patient's family 92%, in creating a safe stay environment 92%, in creating a home environment in the ward 92% and in encouraging family participation in care 92%. According to the results of a survey evaluating the quality of nursing care for a patient with ASD, it was revealed that parents were generally satisfied with the quality of services provided. The overall result of the nursing quality assessment was "satisfied" - 90%.

Discussion

The aim of the study was to evaluate the role of nurses in the rehabilitation of patients diagnosed with ASD to identify the weaknesses and strengths of nursing care at the National Center for Children's Rehabilitation. The results of the evaluation of the role of nursing in the study revealed a significant difference between the assessment of nurses and parents of patients with ASD. The study showed a lack of clarity about the role of nurses in the care of patients with ASD, half of nurses do not have a definite opinion or completely disagree with their role.

It should be noted that parents' assessment of the role of nurses in the nursing care of patients with ASD showed a higher rating, which suggests that most parents agree with the importance of the role of a nurse and need their participation in the rehabilitation of children with ASD. A nurse, as a member of a multidisciplinary team that cares for a patient with ASD, and is constantly close to the patient, must have knowledge of ASD, evaluate observations, make decisions, train and support the family of the patient with ASD (Jolly, 2015).

The results of the nurses' knowledge of this study correspond to the results of the Ferreira study (2019) that there is a lack of awareness among nurses about the etiology of detecting signs of ASD. This suggests that one of the reasons nurses underestimated their role was due to the lack of basic knowledge of nurses about ASD.

At the same time, the majority of nurses who participated in this study, as shown in the results (97%) of national Center for Children's Rehabilitation nurses with VET education, in the Ferreira study (2019), all respondents were undergraduate students of nursing, which means that nurses do not receive enough knowledge about ASD while studying in College. In addition, it was found that little attention was paid to additional training for nurses at the National Center for Children's Rehabilitation.

The combination of knowledge about ASD and real experience with such patients improves the approach to decision-making and planning of individual care for patients with ASD (Lannuzzi, et al., 2018). It should be noted that some nurses working in the neuropsychiatric departments of the National Center for Children's Rehabilitation have not yet encountered patients with ASD in practice. This also affected the low self-esteem of the role, since most of the respondents-nurses had no experience working with patients with ASD, although the total work experience of nurses on average was 13.8 ± 2.2 , and the work experience in the psycho-neurological department was 4.74 ± 0.78 .

However, despite the low self-assessment of the role of nursing care, in General, parents' assessment of satisfaction with the quality of nursing care provided at the National Center for Children's Rehabilitation showed a high result.

Since one of the barriers to providing care to patients with ASD is a lack of professional education (Lannuzzi, et al., 2018), in this study, 97% of nurses have technical and professional education. The researchers also included questions in the survey of nurses to study the readiness of nurses for further training on the disease of ASD, to which all nurses responded positively, and also noted ASD as an important topic in nursing.

It should be noted that this study had some limitations, such as a small sample, and the study was conducted in one rehabilitation center in Kazakhstan.

Conclusion

The work of a nurse in the rehabilitation of children diagnosed with autism is individual for each patient, since there is no single optimal method of therapy and rehabilitation for working with patients with autism. The strengths of nursing care are an assessment of the quality of nursing care during rehabilitation, as well as an understanding of the importance of the role of nurses in the care of patients with ASD, as evidenced by the trusting attitude of parents to the work of nurses.

The weaknesses of nursing care were revealed thanks to the nurses who participated in the study. Weaknesses such as secondary professional education of nurses, average level of knowledge, lack of professional experience working with patients with ASD, and insufficient on-the-job training led to an underestimated subjective self-assessment of the role of a nurse in the care of patients with ASD. The study also showed a high readiness of nurses to adopt subsequent innovations and changes in nursing care focused on patients with ASD.

Based on these results, it is necessary to organize training for nurses at the National Center for Children's Rehabilitation, on an ongoing basis, on the disease of ASD and providing nursing care to

patients with ASD. Increase the number of nurses with higher education by attracting new employees, as well as motivate working nurses to continue training at the National Center for Children's Rehabilitation.

It is also important to make a proposal for cooperation with medical educational institutions to improve educational programs in both VET and higher educational institutions for training nurses in Kazakhstan. The proposal to improve educational programs should include both improving theoretical classes focused on RAS, as well as providing practical experience to students of educational institutions. The national center for children's rehabilitation may become a base for practical training in the future.

Literature

- Blinova, N.A. & Pyrina, I.V. 2019. The role of a nurse in the work of a multi-professional team in the provision of medical care for children with autism. *Omsk Psychiatric Journal*;2 (20): 11-13. <https://cyberleninka.ru/article/n/rol-meditsinskoy-sestry-v-rabote-poliprofessionalnoy-brigady-pri-okazanii-meditsinskoy-pomoschi-detyam-stradayuschim-autizmom>.
- Bulekbaeva, Sh.A., Baydarbekova, A.K., Tleulinova, R.R., Abdrakhmanova, U.Sh. & Altynbekova, A.Zh. 2019. Rehabilitation of Children With Autism Spectrum Disorders: A Comprehensive Assessment of Problems and Trigger Factors for a Multidisciplinary Team. *Kazakh Journal Of Physical Medicine & Rehabilitation*,; 2(27): 4-14. <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=42715865>.
- Engelke, Z., Pravikoff, D. 2017. Teaching Parents: Autism in Children. Nursing Guide. CINAHL, EBSCO Publishing, (Nursing Practice and Skills – CEU). Available at: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=nup&AN=T707536&site=nup-live&scope=site>
- Ferreira, A.C.S.S. & Franzoi, M.A.H., 2019. Knowledge of nursing students about autistic disorders. *J Nurs UFPE online*, Recife, 13(1):51-60. Table 5. Distribution of the answers of the questions related to the treatment, public policies and self-perception of the students about the knowledge in the thematic. Brasília (DF), Brazil.
- Iannuzzi, D., Rissmiller, P., Duty, SM., Feeney, S., Sullivan, M. & Curtin, C. 2018. Addressing a Gap in Healthcare Access for Transition-Age Youth with Autism: A Pilot Educational Intervention for Family Nurse Practitioner Students, *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 49:1493–1504. DOI <https://doi.org/10.1007/s10803-018-3846-9>. <https://link.springer.com/article/10.1007/s10803-018-3846-9>.
- Jolly, A.A. 2015. Handle with Care: Top Ten Tips a Nurse Should Know Before Caring For a Hospitalized Child with Autism Spectrum Disorder. *Pediatric nursing*; 41(1): 11.
- Redquest, B.K., Stewart, S.L., Bryden, P.J. & Fletcher, P.S. 2020. Assessing the Wellbeing of Individuals with Autism Using the inter RAI Child and Youth Mental Health (ChYMH) and the interRAI Child and Youth Mental Health – Developmental Disabilities (ChYMH-DD) Tools. *Pediatric Nursing*; 46(2): 83.
- Saduakasova, K.Z., & Ensebaeva, L.Z., 2018. Autism. History of development. Situation in Kazakhstan (literature review). *Bulletin of the Kazakh National Medical University*, (1), 176-179. <https://cyberleninka.ru/article/n/autizm-istoriya-razvitiya-situatsiya-v-kazahstane-obzor-literatury>.
- Shmyrina, K.V., Vyazikova, N.F., Abdullaeva, N.N., Islamova, D.S. 2017. The role of nursing staff in the rehabilitation of patients with the consequences of an acute cerebrovascular accident. *HEALTH, DEMOGRAPHY, ECOLOGY OF THE FINNO-UGRIAN PEOPLES*, No 4. Issn 1994-8921. 21-24. <https://elibrary.ru/item.asp?id=32322172>.

COVID-19 пандемиясына дейінгі және одан кейінгі мейіргерлік ісі

Алуа Шарапиева

Мейіргер ісі саласындағы ғылым магистрі, оқытушы
КЕАҚ «Семей медицина университеті», Қазақстан
alua.sharapiyeva@nao-mus.kz

Түйіндеме

COVID-19 пандемиясы бүкіл әлемдегі денсаулық сақтау қызметкерлеріне бұрын-соңды болмаған қысым көрсетті. Пандемия басталғанға дейін медицина қызметкерлері қысым, күйзеліс, эмоционалды «жанып кету», кадрлардың жетіспеушілігі мен тұрақтамауы жағдайында жұмыс істеу мәселесімен күрескен еді. Содан кейін пандемияның қиын кезеңдері басталды.

Пандемияның мейіргерлерге әсері теңдессіз болды және болашақта ұзақ уақыт бойы сезілетін болады. Дағдарыс, сондай-ақ теңсіздікті, сәйкессіз еңбек жағдайларын және жұмыстағы шамадан тыс қысымды қоса, мейіргерлер тап болатын байырғы мәселелердің бетін ашып, ушықтыра түсті.

Түйін сөздер: COVID-19, мейіргерлер, практикадағы өзгерістер, практика мәселелері

Кіріспе

2019 жылдың желтоқсанында Қытайдың Хубэй провинциясындағы Ухань қаласында табылған ықтимал қауіпті тыныс алу ауруы туралы хабарламалар пайда болды. 31 желтоқсанда Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымы (ДДСҰ) болжамды түрде Ухань базарында пайда болған белгісіз вирус тудырған ерекше пневмонияның бірнеше жағдайы туралы хабарлады. Бастапқыда бұл ауру 2019 жылғы жаңа коронавирустар ретінде белгілі болды, бірақ кейінірек COVID-19 деп ресми аталды. COVID-19-дың кеңінен тараған белгілеріне: қызудың көтерілуі; құрғақ жөтел; шаршағыштық жатады. Басқа, бір қатар пациенттерде кездесетін аз тараған симптомдарына: иіс сезуді немесе дәм түйсігін жоғалту; мұрынның бітелуі; конъюнктивит (немесе көздің қызарауы); тамақтың ауруы; бас ауруы; бұлшықеттердің немесе буындардың ауруы; терідегі әртүрлі бөртпелер; жүрек айну немесе құсу; іш өту; қалтырау немесе бас айналу жатады.

Әдетте, белгілер әлсіз түрде байқалады. Кейбір адамдарда инфекция жойылған симптомдармен немесе мүлдем белгісіз болады. (Lam et al. 2019). 2020 жылдың бірінші жартысында барлығы COVID-19 пандемиясының әлемді дүр сілкіндіргеніне куә болды, елдер оқшауланды, ал денсаулық сақтау жүйелері күйреуге жақын қалды, өйткені пандемия бүкіл жер шарын қамтып, созылмалы түрде жете қаржыландырылмаған денсаулық сақтау және әлеуметтік қамсыздандыру жүйелерінің әлеуеті мен мүмкіндіктерін жоюға қауіп төндірді.

2020 жыл дүниежүзілік мейіргерлер жылы болып табылады, бұл халықтың денсаулығын қамтамасыз етудегі мейіргерлердің маңызды рөлін мойындауды дәлелдейді.

Пандемия кезіндегі мейіргерлер

Әлем соңғы ғасырдан астам уақыт ішінде денсаулық сақтау саласындағы ең үлкен оқиғамен - COVID-19 пандемиясымен күресіп жатқан кезде, саясаткерлер мен жұртшылық мейіргер ісінің

шынайы құндылығын көрді. Науқас адамдарды күту – бұл жағдайы мен күтім көрсету орнына қарамастан ауыр жұмыс. Пандемия кезінде науқас адамдарға күтім жасау әсіресе қатал, өйткені мейіргерлер өздерінің жұмыстарының көлемі мен қарқындылығының едәуір ұлғайғанын сезеді, сондай-ақ жаңа хаттамалар мен ауруды жүргізудегі үздіксіз өзгерістерге бейімделуге мәжбүр (Huang L et al. 2020).

Кейде мейіргерлердің есептермен, жаңа компьютерлік дағдыларды игерумен жұмысбастылығы және жалақының төмендігі мейіргерлердің жұмысына әсер етеді, көбіне-көп мейіргерлер өздерін «әлсіреген» және «жанып кеткен» күйде сезінеді.

COVID-19 пандемиясына байланысты мейіргерлер жұмысы өте қатты байқалатын болды. Пандемия басталған алғашқы күндерден бастап көп қабатты халаттар мен маскалар киген мейіргерлердің суреттері теледидар экрандары мен газеттердің алғашқы жолақтарын толтырды. Бірақ мейіргерлер өздерінің өмірлік маңызды жұмыстары үшін мадақталса да, олардың көбі жоғары тәуекел жағдайларына тап болады, ал кейбіреулері тиісті, жоғары сапалы жеке қорғаныс құралдарының жетіспеушілігінен қайтыс болып жатты. Мейіргерлер мен басқа да медицина қызметкерлеріне үлкен қоғамдық қолдау мен құрмет көрсетілді, және бұл дұрыс. Алайда, «батыр» атағын беру көп нәрсені бермейді және мейіргерлердің әр минут сайын кездесетін қауіптерін өтемейді. Пандемия кезінде 800-ден астам мейіргерлер мен медициналық колледж студенттері қатысқан Қытайдағы жақында жүргізілген зерттеу COVID-19 қатысушыларға неғұрлым жақын болса, соғұрлым алаңдаушылық пен ашулануды тудыратындығын көрсетті (Rahman, et al., 2020).

Халықаралық мейіргерлер кеңесі барлық елдердің үкіметтерін бірінші кезекте әлемдегі ең осал науқастарға күтім жасайтын мейіргерлердің одан әрі қаза болуын алдын алу үшін оларға жеке қорғаныс құралдарын ұсынуға шақырды. Бүкіл әлемде жеке қорғаныс құралдарының (ЖҚК) немесе тест-жиынтықтарының жетіспеушілігі мейіргерлер мен басқа да медицина қызметкерлерін жұмысқа шығудан қорқуға, олар статистикада келесі құрбан болуы мүмкін екенін түсініп өмір сүруге, немесе, керісінше, вирустың ықтимал тасымалдаушысы болу үшін ұят пен кінәні сезінуге мәжбүрледі. Кейбір жағдайларда ЖҚК жетіспеушілігі туралы хабарлаған мейіргерлер жұмыстан шеттетілді. Бір жағдайда ЖҚК-ның төмен жеткізулері туралы мәлімдеген мейіргер ауруды жұқтырып алып, зейнетке шығуға бір апта қалғанда қайтыс болды. (Ouersighni, et al., 2020).

Пандемия сонымен қатар өмірге қауіпті жағдайлар мен реанимацияны басқаруда жоғары техникалық дағдылары мен тәжірибесі бар мейіргер қызметкерлерінің жеткіліксіз санын көрсетті. Қарқынды терапия бөлімшесіндегі жұмыс қарқынды терапияның дәстүрлі бөлімшесіндегі жұмыс кезінде талап етілетін техникалық дағдылар мен білімнен өзгеше дағдылар мен білімдерді талап етеді. Шартты түрде айтқанда, қарқынды терапия бөлімшесінде жұмыс істеу үшін белгілі бір кәсіби тәжірибенің, білімдер мен дағдылардың болуы қажет.

Қарқынды терапия бөлімшесіндегі науқастардың көпшілігіне қарағанда COVID-19-ды жұқтырған науқастар көбірек күтімге мұқтаж. COVID-19-ды жұқтырған әр екі пациентке бір мейіргердің болуы ұсынылады. Қазіргі уақытта ауыр жіті гипоксиямен және тыныс алу жеткіліксіздігімен ауыратын пациенттердің көпшілігінің реанимация бөліміне ауысуына байланысты реаниматолог мейіргерлер аса қажет (Resnick, et al., 2020).

Мейіргерлер практикасындағы өзгерістер

COVID-19 көптеген оң, сонымен қатар теріс жаңа функцияларды өмірге әкелді. Олардың бірі – телемедицина. Телемедицинаның бірнеше мақсаттары бар, және ол пандемия жағдайында медициналық персоналдың жетіспеушілігінен медициналық көмектің толық көлемін қамтамасыз етеді. Алайда, телемедицинаны қолдану мейіргерлер үшін күрделі және мейіргерлік практика саласын шектеуі мүмкін (Cocker F and Joss N.,2020). Мейіргер мен пациент арасында достық қарым-қатынас орнату үшін мейіргерлер физикалық жанасуды, көзбен түйісуді, қимылды, үнсіздікті, бет әлпеті мен қалыпты қоса, ауызша және бейсезімдік байланысты қолданады. Бұл жанашырлықты білдіруге мүмкіндік береді, белсенді тыңдауға және өзара түсіністік пен құрметке әрекетеседі. Технологияны қолданудың артуына байланысты қамқорлық тұжырымдамасы өзгеруі мүмкін және виртуалды байланыс жеке қарым-қатынасқа қарағанда басым болуы мүмкін. Телемедицина көмегімен жүргізілген күтімнің негізгі компоненттері мейіргерлік қызмет көрсету саласында да, мейіргерлік білім беру саласында да қосымша талқылануы тиіс.

Өз денсаулығы мен жақындарының денсаулығы үшін қауіп-қатерге қарамастан, мейіргерлер медициналық көмек көрсетуге міндетті және өздерін міндетті сезінеді. Олар өздерін этикалық қысымға көбірек бейім сезінеді. Бұл этикалық шиеленіс COVID-19 белгілері бар пациенттер санының өсуімен және медициналық кадрлардың жетіспеушілігімен, кәсіби ресурстардың жетіспеушілігімен күрделене түседі, осылайша пациенттер үшін ғана емес, жалпы қоғам үшін де үлкен жауапкершілікті сезінеді. Көптеген басқа елдердегідей, Қазақстанда мейіргерлердің кейбіреулері ауырған немесе карантинде болған кезде одан да өткір болатын мейіргерлердің жетіспеушілігі мейіргерлердің жұмысқа барғысы келмеуіне әсер ететін тағы бір маңызды фактор болып табылады. Жалпы алғанда, үлкен этикалық күйзеліс туралы хабарлайтын мейіргерлер жұмысқа қанағаттанудың төмен деңгейін және өздерінің қазіргі жұмысынан кету ниетінің үлкен жиілігін көрсетеді. Олар жанашырлықтан шаршауды сезінуі мүмкін, бұл өміршеңдік деңгейінің төмендеуіне және эмоционалды жанып кетудің дамуына әкеледі (Sperling et al., 2020).

Мейіргерлердің этикалық жүріс-тұрысы олардың кәсіби дайындығымен, тәжірибесімен, ережелерімен және қағидаларымен айқындалады. Израильде жүргізілген зерттеу мейіргерлердің науқастарға күтім жасауды жалғастыруға деген берік бейілділігін көрсетті, мейіргерлердің көпшілігі мейіргер кәсібін таңдағаны үшін өкінбеді (Sperling, et al., 2020).

Пандемия кезінде мейіргерлер жұмыс барысында этикалық мәселелерге жиі тап болды. Мейіргерлер осы пандемия жағдайында күтім жасау мәселелерін шешуді жалғастыратындығына еш күмән жоқ, бірақ олардың этикалық білімі мен осындай ауқымдағы қоғамдық денсаулық сақтау саласындағы төтенше жағдайлармен күресуге дайын болу мүмкіндігімен байланысты мәселелер шешілмеген күйінде қалып отыр. Мейіргерлер өздерінің ұстанымдарын дәйектеуге, төтенше жағдайлар мен апаттар кезіндегі этика жөнінде, тәуекелдерді басқару жөнінде жақсы білім алуға тиіс. Өздерінің құқықтарын қорғауды жалғастыру үшін олар сондай-ақ мықты басшылыққа, бір-бірінің, өздерінің жұмыс берушілерінің, жұртшылықтың және мейіргерлік ұйымдардың үздіксіз қолдауына мұқтаж.

Қорытындылар

Алдағы айлар мен жылдарда төтенше жағдайларға жақсы дайындалу үшін осы этикалық мәселелерді талдайтын зерттеулер жүргізіледі деп үміттенеміз. Мейіргерлер өз кезегінде бүкіл

әлем халқына күтім жасау бойынша өз функциялары мен міндеттерін орындау үшін біз барлығымыз олардың әл-ауқаты мен құзыреттілігін қорғауға және қолдауға міндеттіміз.

COVID-19 пандемиясының нәтижесі қандай болмасын, мейіргерлер көмекке мұқтаж адамдарға, олар кім және қай жерде болмасын, қажетті көмек көрсетуді жалғастырады, ал мейіргерлер әлі де ең сенімді кәсіп болады. Мейіргерлер ондаған жылдар бойы бұл сенімге ие болды және 2020 жыл біздің сенімімізді нығайтты.

Сестринское дело до и после пандемии COVID-19

Алуа Шарапиева

Магистр наук в области сестринского дела, ассистент кафедры сестринского дела,
НАО «Медицинский университет Семей», Казахстан
alua.sharapiyeva@nao-mus.kz

Резюме

Пандемия COVID-19 оказала на работников здравоохранения во всем мире беспрецедентное давление. Еще до того, как началась пандемия медицинские работники боролись с проблемой работы в условиях давления, стресса, эмоционального выгорания, нехватки и текучести кадров. А затем наступили тяжелые времена пандемии.

Воздействие пандемии на медсестер было беспрецедентным и будет ощущаться в течение длительного времени в будущем. Кризис также обнажил и усугубил давние проблемы, с которыми сталкиваются медсестры, включая неравенство, неадекватные условия труда и чрезмерное давление на работе.

Ключевые слова: COVID-19, медицинские сестры, изменения в практике, проблемы практики

Введение

В декабре 2019 года появились сообщения о потенциально опасном респираторном заболевании, обнаруженном в городе Ухань провинции Хубэй, Китай. 31 декабря Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) сообщила о нескольких случаях необычной пневмонии, вызванной неизвестным вирусом, предположительно возникшим на рынке в Ухане. Первоначально эта болезнь была известна как новый коронавирус 2019 года, но позже официальное название стало COVID-19. К наиболее распространенным симптомам COVID-19 относятся: лихорадка; сухой кашель; утомляемость. К другим, менее распространенным симптомам, которые встречаются у ряда пациентов, относятся: утрата обоняния или вкусовых ощущений; заложенность носа; конъюнктивит (или покраснение глаз); боль в горле; головная боль; боль в мышцах или суставах; различные виды высыпаний на коже; тошнота или рвота; диарея; озноб или головокружение.

Как правило, симптомы носят слабовыраженный характер. У некоторых людей инфекция проявляется стертыми симптомами или не сопровождается ими вовсе (Lam et al. 2019). В первой половине 2020 года все стали свидетелями того, как мир потрясла пандемия COVID-19, страны оказались в изоляции, а системы здравоохранения были близки к краху, поскольку пандемия

охватывает весь земной шар и угрожает сокрушить потенциал и возможности хронически недофинансированных систем здравоохранения и социального обеспечения.

2020 год является всемирным годом медицинских сестер, что доказывает признание важнейшей роли медицинских сестер в обеспечении здоровья населения.

Медицинские сестры во время пандемии

В то время как мир борется с крупнейшим событием в области общественного здравоохранения за последние более чем столетие—пандемией COVID-19, политики и общественность видят истинную ценность ухода за больными. Уход за больными—это тяжелая работа независимо от обстановки и места оказания ухода. Уход за больными во время пандемии особенно требователен, поскольку медсестры испытывают значительное увеличение объема и интенсивности своей работы, а также вынуждены приспосабливаться к новым протоколам и постоянным изменениям в ведении болезни (Huang, et al., 2020).

Порой загруженность медицинских сестер отчетами, освоением новых компьютерных навыков и низкая оплата труда сказывается на работе медицинских сестер, все больше и больше медсестры чувствуют себя “истощенными” и перегоревшими.

В связи с пандемией COVID-19 работа медсестер стала очень заметной. С первых дней начала пандемии изображения медсестер, одетых в многослойные халаты и маски, заполнили телевизионные экраны и первые полосы газет. Но, в то время как медсестер хвалят за жизненно важную работу, которую они выполняют, многие попадают в ситуации высокого риска, а некоторые умирают из-за нехватки соответствующих, высококачественных средств индивидуальной защиты. Медсестрам и другим медицинским работникам была оказана огромная общественная поддержка и почести, и это правильно. Однако, присвоение звания «герой» мало что дает, и не компенсирует опасности, с которыми медсестры сталкиваются каждую минуту. Недавнее исследование в Китае, в котором приняли участие более 800 медсестер и студентов медицинских колледжей во время пандемии показал, что чем ближе COVID-19 находится к участникам, тем большую тревогу и гнев они вызывают (Rahman, et al., 2020).

Международный совет медицинских сестер призвал правительства всех стран первым делом предоставлять средства индивидуальной защиты, чтобы предотвратить дальнейшую гибель медсестер, ухаживающих за самыми уязвимыми пациентами в мире. Нехватка средств индивидуальной защиты (СИЗ) или тест – наборов по всему миру заставила медсестер и других медицинских работников бояться выходить на работу, жить с осознанием того, что они могут стать следующей жертвой в статистике, или, наоборот, чувствовать стыд и вину за то, что они являются возможным переносчиком вируса. В некоторых случаях медсестры, сообщающие о нехватке СИЗ, были отстранены от работы. В одном случае медсестра, которая была осведомителем о низких поставках СИЗ, заразилась и умерла за неделю до выхода на пенсию? (Ouersighni, et al., 2020)

Пандемия также показала недостаточное количество сестринского персонала с высокими техническими навыками и опытом в управлении опасными для жизни условиями и реанимацией. Работа в отделении интенсивной терапии требует технических навыков и знаний, отличных от тех, которые требуются при работе в традиционном отделении интенсивной

терапии. Условно говоря, чтобы работать в отделении интенсивной терапии, необходимо иметь определенный профессиональный опыт, знания и навыки.

Пациенты, инфицированные COVID-19, нуждаются в большем уходе, чем большинство пациентов, обычно находящихся в отделении интенсивной терапии. Рекомендуется иметь одну медсестру на каждые два пациента с COVID-19. Сейчас, как никогда, требуются медсестры-реаниматологи, в связи с переводом в отделение интенсивной терапии большинства пациентов с тяжелой острой гипоксией и дыхательной недостаточностью (Resnick, et al., 2020).

Изменения в практике медицинских сестер

COVID-19 привнес в жизнь множество новых функций, как положительных, так и отрицательных. Одной из них является телемедицина. Телемедицина имеет несколько целей, и она в условиях пандемии обеспечивает полный объем медицинской помощи из-за нехватки медицинского персонала. Однако, использование телемедицины для медсестер может быть сложным и ограничивать сферу сестринской практики (Cocker & Joss, 2020). Медсестры используют вербальную и невербальную коммуникацию, включая физическое прикосновение, зрительный контакт, жест, молчание, выражение лица и поза, чтобы установить доброжелательные отношения между медсестрой и пациентом. Это позволяет выражать сочувствие, способствует активному слушанию и укреплению взаимопонимания и уважения. Из-за растущего использования технологий концепция заботы может измениться, и виртуальное общение может стать более доминирующим, чем личное взаимодействие. Основные компоненты ухода проведенный с помощью телемедицины должны быть дополнительно обсуждены как в сфере сестринского обслуживания, так и в сфере сестринского образования.

Медицинские сестры должны и чувствуют себя обязанными оказывать медицинскую помощь, несмотря на риски для собственного здоровья и здоровья своих близких. Они чувствуют себя в большей степени подверженными этическому давлению. Эта этическая напряженность усугубляется с увеличением количества поступающих пациентов с симптомами COVID-19 и нехваткой медицинского персонала, нехватку профессиональных ресурсов, тем самым чувствуя сильную ответственность не только перед пациентами, но и перед обществом в целом. В Казахстане, как и во многих других странах, нехватка медсестер, которая становится еще более острой, когда некоторые из них болеют или находятся в карантине, служит еще одним существенным фактором, влияющим на нежелание медсестер выходить на работу. В целом, медсестры, которые сообщают о большем этическом стрессе, демонстрируют более низкий уровень удовлетворенности работой и большую частоту намерений покинуть свою нынешнюю работу. Они могут испытывать усталость от сострадания, приводящую к снижению уровня жизнестойкости и развитию эмоционального выгорания (Sperling, et al., 2020).

Этическое поведение медсестер определяется их профессиональной подготовкой, опытом, правилами и принципами. Исследование проведенное в Израиле показал, твердую приверженность медицинских сестер продолжению ухода за больными, большинство медсестер не сожалели о выборе сестринской профессии. (Sperling, et al., 2020)

Медицинские сестры во время пандемии очень часто сталкивались с этическими проблемами в процессе работы. Нет никаких сомнений в том, что медсестры продолжают решать проблемы ухода в условиях этой пандемии, но вопросы, связанные с их этическим образованием и готовностью иметь возможность справляться с чрезвычайными ситуациями в области

общественного здравоохранения такого масштаба, остаются нерешенными. Медсестры должны аргументировать свою позицию, получать хорошее образование по этике, по управлению рисками во время чрезвычайных ситуаций и катастроф. Они также нуждаются в сильном руководстве, постоянной поддержке друг-друга, своих работодателей, общественности и сестринских организаций, чтобы продолжать защищать свои права.

Выводы

В предстоящие месяцы и годы мы надеемся, что будут проведены исследования, анализирующие эти этические проблемы, чтобы лучше подготовиться к чрезвычайным ситуациям. Все мы обязаны защищать и поддерживать благополучие и компетентность медсестер, с тем чтобы они, в свою очередь, могли выполнять свои функции и обязанности по уходу за населением всего мира.

Каким бы ни был конечный исход пандемии COVID-19, медсестры будут продолжать оказывать необходимую помощь людям, которые в ней нуждаются, кем бы и где бы они не находились, и медсестры по-прежнему будут самой надежной профессией. Медсестры заслужили это доверие на протяжении десятилетий, и 2020 год укрепит наше доверие.

Nursing before and after COVID -19

Alua Sharapiyeva

Master of science (Nursing), Assistant of Nursing Department,
NJSC "Semey Medical University", Kazakhstan, alua.sharapiyeva@nao-mus.kz

Abstract

COVID-19 pandemic brought an unexampled pressure on healthcare workers all over the world. Before the pandemic started, healthcare workers struggled with the problem of working in conditions of pressure, stress, burn-out, labor lack and turnover. And then hard times of the pandemic commenced. Impact of the pandemic on nurses was unexampled and will be felt within a long time in future. The crisis also revealed and intensified long-standing problems faced by nurses, including inequality, inappropriate labor conditions and excessive pressure at work.

Keywords: *COVID-19, nurses, changes in practice, practical problems*

Introduction

In December 2019, messages of potentially dangerous respiratory diseases found in Wuhan, Hubei province, China, appeared. On December 31, the World Health Organization (WHO) was informed of a few cases of unusual pneumonia caused by an unknown virus supposedly appearing at the market in Wuhan. In the beginning, this disease was known as a new coronavirus of 2019, but later its official name was COVID-2019. The most widespread symptoms of COVID-2019 include fever; dry cough; fatigue. The other less wide spread symptoms occurring among a number of patients include: loss of sense of smell or taste sensation; stuffiness in nose; conjunctivitis (or eye redness); sore throat; headache; muscle-ache or joint pain; different types of eruption; nausea or vomiting; diarrhea; shiver or dizziness.

Most commonly, the symptoms are mild. Some people have infection manifested with slight symptoms or do not have thereof at all (Lam, et al., 2019). In the first half of 2020, everybody witnessed how the world was shaken with the COVID-2019 pandemic, the countries were isolated, and healthcare systems were close to failure, as the pandemic covers the entire globe and threatens to smash the potential and possibilities of chronically underfunding healthcare and social protection systems.

The year of 2020 is the world nurses year providing recognition of the most important role of nurses in provision of population with health.

Nurses during the pandemic

While the world struggles with the largest event in the field of public healthcare during the last century – COVID-2019 pandemic, politicians and society can realize the true value of patient care. Patient care is hard work regardless of the situation and place of care. Patient care during the pandemic is extremely critical, as nurses experience significant increase of the volume and intensity of their work, as well as have to adapt to new guidelines and continuous changes in disease management (Huang, et al., 2020).

Sometimes nurses' workload with reports, mastering new computer skills and low labor remuneration results in the nurses' work, nurses feel exhausted and burnt out more and more.

Due to the COVID-19 pandemic, nurses' work tends to be very visible. From the first days of the pandemic, nurses' images dressed in multi-layered robes and face-masks invaded TV screens and Z pages. But, while nurses are admired for their work of vital importance, most of them face the situations of a high risk, and some of them die due to lack of the appropriate, high-quality personal protective equipment. Nurses and other health care workers were lent enormous public support and honors and this is right. However, awarding of "hero" rank does not mean much, and fails to compensate the dangers faced by nurses every minute. Recent research in China where more than 800 nurses and students of medical colleges took part during the pandemic demonstrated that the closer COVID-19 to the participants, the greater alert and outrage they cause (Rahman, et al., 2020).

The International Council of Nurses called out governments of all the countries to provide first of all personal protective equipment in order to prevent further nurses' deaths who take care of the most sensitive patients in the world. Lack of personal protective equipment (PPE) or test kits all over the world made nurses and other healthcare workers to be afraid to go to work, live with the understanding that they can be the next victim in the statistics, or, vice versa, feel shame and guilt for being the possible virus givers. In some cases, nurses in the form of the lack of PPEs were suspended from their work. In one case, the nurse informed of low delivery of PPEs infected herself and died one week before her retirement (Ouersighni, et al., 2020).

The pandemic also showed insufficient number of nursing personnel with high technical skills and experience in management of conditions dangerous for life and intensive care. Work in intensive care units requires technical skills and knowledge which are different from those required when working in traditional intensive care units. Roughly, certain professional experience, knowledge and skills are required to work in the intensive care unit.

Patients infected with COVID-19 need more care than the most patients which are usually in the intensive care unit. It is recommended to have one nurse per each two COVID-19 patients. Now, resuscitation nurses are required as never before because most patients with severe acute hypoxia and respiratory distress were transferred to intensive care units (Resnick, et al., 2020).

Changes in nursing practice

COVID-19 added many new functions, positive and negative. One of them is telemedicine. Telemedicine has a few aims and it provides a full range of healthcare care under the pandemic conditions due to the lack of healthcare personnel. However, use of the telemedicine for nurses may be complex and limit the field of nursing practice (Cocker & Joss, 2016). Nurses use verbal and non-verbal communication including physical contact, eye contact, gesture, silence, face expression and pose in order to establish sympathetic relationships between a nurse and a patient. This ensures to express sympathy, promotes active listening and strengthens mutual understanding and respect. The concept of care may change due to growing use of technologies and virtual communication may become more predominant rather than personal cooperation. Basic components of the care using the telemedicine must be additionally discussed both in the field of nursing care and in the field of nursing education.

Nurses must be obliged and feel their obligation to deliver medical care, despite the risks for their own health and their families' health. They feel to a greater extent sensible to ethical pressure. This ethical tension worsens as the number of the patients admitted with COVID-19 symptoms increases and healthcare personnel, professional resources lack, moreover feeling strong responsibility not only before patients, but before the society as a whole. In Kazakhstan, just like in many other countries, the problem of lack of nurses which becomes more pressing when some of them are ill or are quarantined, served as one more significant factor having an impact on nurses' unwillingness to go to work. In general, nurses informing of great ethical stress demonstrate lower levels of satisfaction in their work and greater frequency of their intention to leave their current job. They can experience fatigue from compassion resulting in recession of hardiness level and development of burnout (Sperling, et al., 2020).

Nurses' ethical behavior is determined with their professional training, experience, rules and principles. The research conducted in Israel showed nurses' firm commitment to continue patient care, most of the nurses did not regret choosing the nursing profession (Sperling, et al., 2020).

Nurses during the pandemic very often faced ethical problems during their work. There are no doubts that nurses keep on solving problems of caring under the conditions of this pandemic, but the matters related to their ethical education and readiness to have a chance to cope with emergency situations in the field of public healthcare of such a scale stand over. The nurses must prove their position, acquire good education in ethics, risk management during emergency situations and disasters. They also need strong management, continuous support of each other, their employers, society and nursing organizations in order to keep on protecting their rights.

Conclusions

In the months and years ahead, we hope for the research to be conducted analyzing these ethical problems in order to have better readiness for emergency situations. All of us must protect and support nurses' welfare and competency in order for them, in turn, to be able to carry out their functions and obligations on population care all over the world.

No matter what the ultimate outcome of COVID-19 pandemic is, nurses will keep on delivering the required help for the people needing this help, no matter who they are and where they are, and nurses

will still be the most reliable profession. Nurses deserve this trust over the course of decades and 2020 will fortify our confidence.

Literature

- Cocker F. & Joss N. 2016. Compassion fatigue among healthcare, emergency and community service workers: a systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 13(6): 618.
- Huang, L., Xu, F. & Liu, H., 2020. Emotional responses and coping strategies of nurses and nursing college students during COVID-19 outbreak. medRxiv. doi: <https://doi.org/10.1101/2020.03.05.20031898>.
- Lam, S.K., Kwong, E.W., Hung, M.S., Pang, S.M., & Chien, W.T., 2019. A qualitative descriptive study of the contextual factors influencing the practice of emergency nurses in managing emerging infectious diseases. *International journal of qualitative studies on health and well-being*, 14(1), 1626179.
- Ouersighni, A., & Ghazali, D.A., 2020. Contribution of certified registered nurse anesthetists to the management of the COVID-19 pandemic health crisis. *Intensive & Critical Care Nursing*. doi: [10.1016/j.iccn.2020.102888](https://doi.org/10.1016/j.iccn.2020.102888).
- Rahman, K. 2020. Missouri Nurse Who Raised Concerns About Lack of Protective Gear Dies of Coronavirus a Week Before her Retirement. *Newsweek*. 27 April. Available at: <https://www.newsweek.com/nurse-dies-coronavirus-raising-concerns-1500336> [Accessed 29 April 2020].
- Resnick, B., 2020. What have we learned about nursing from the Coronavirus pandemic? *Journal of the American Medical Directors Association*, 21(7), pp. 997-998.
- Sperling, D., 2020. Ethical dilemmas, perceived risk, and motivation among nurses during the COVID-19 pandemic. *Nursing ethics*, doi.org/10.1177/0969733020956376.
- Основные сведения о COVID-19, 2020. Available at: <https://www.who.int/ru/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/question-and-answers-hub/q-a-detail/coronaviruse-disease-covid-19> [Accessed 20 December 2020].

COVID-19 пандемиясы кезіндегі мейіргерлік дәлелдерге негізделген клиникалық тәжірибе – Словения тәжірибесі

Яна Лавтизар

Мейіргер ісі саласындағы ғылым магистрі, мейіргер
Денсаулықты нығайту орталығы, Крань қоғамдық денсаулық орталығы, Словения
jana.lavtizar75@gmail.com

Матей Бахун

Мейіргер ісі саласындағы ғылым магистрі, ғылым бакалавры, мейіргер, аға оқытушы
Анжела Бошкин атындағы денсаулық сақтау факультеті, Словения
mbahun@fzab.si

Түйіндеме

COVID-19 пандемиясы денсаулық сақтау ресурстарын барынша азайтты. Басқа мамандықтарда сияқты, мейіргер ісінде біз кадрлардың, материалдардың және тіпті білімнің жетіспеушілігіне тап боламыз. Бұл мақалада біз Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымы мен Словениядағы Мейіргер ісі саласындағы ауруларды бақылау орталығының нұсқаулары мен ұсыныстарын қалай жүзеге асырғанымызды, ауруханалардағы орындардың жетіспеушілігі, мейіргерлердің жетіспеушілігі сияқты ең көп кездескен мәселелерімізді және осы мәселелерді қалай шешуге тырысқанымызды көрсетеміз.

Түйін сөздер: *коронавирус, мейіргер ісі, дәлелдерге негізделген клиникалық практика*

Коронавирус

Коронавирус (COVID-19) суықтан ауыр пневмонияға дейін ауру тудыратын тыныс алу жолдарына әсер ететін вирустар тобынан шыққан. Ол әдетте жарқанаттар мен басқа да жабайы жануарларда өмір сүреді және адамдарға жануарлар арқылы немесе тыныс алу тамшылары арқылы тікелей адамдар арасында жұғуы мүмкін. Тіркелген жағдайлардың шамамен 80%-ы жеңілден орташа деңгейге дейін, 13,8%-ы ауыр және 6,1%-ы өте ауыр болды. Ағымдағы бағалаулар орташа инкубациялық кезең бір күннен 14 күнге дейінгі аралықта бес-алты күнді құрайды деп болжанады. Вирус жаңа алынған қанда, сарысуда, сілекейде, зәрде және көз сұйықтығында анықталды. Нәжісте вирустық РНҚ қалыпты жағдайларда 5 күннен 4-5 аптаға дейін анықталды. Ересек пациенттерде жұтқыншақтан алынған жағындылардан 37 күнге дейін және педиатриялық пациенттерде жұққаннан кейін нәжістермен бірге бір айдан астам уақыт ішінде вирустық РНҚ-ның ұзақ бөлінуі туралы хабарланды. Вирустық РНҚ-ның бөлінуі тікелей инфекцияны білдірмейді. Вирус симптомсыз адамдарда анықталған. Қытай деректеріне негізделі отырып, ДДСҰ халықаралық миссиясының есебінде бастапқыда симптомсыз жағдайлардың 75%-ы клиникалық ауруға ауысады, бұл нақты симптомсыз инфекцияны өте сирек етеді (бағалаулар бойынша, 1-3%) делінген (ДДСҰ, деректер жоқ).

COVID-19 таралуының кезеңдері мен маңызды күндері

2019 жылғы 31 желтоқсан – Қытайдың Ухань қалалық денсаулық сақтау комиссиясы Хубэй провинциясының Ухань қаласында пневмония кластері туралы хабарлады. Кейбір пациенттер Хуанань теңіз өнімдері базарында дилерлер немесе сатушылар болды. **2020 жылғы 1 қаңтар** –

ДДСҰ үш деңгейдегі оқиғаларды басқаруды қолдау тобын құрды: штаб-пәтер, аймақтық штаб-пәтер және елдік деңгей, бұл ұйымды таралумен күресу үшін төтенше жағдайға қойды. 2020 жылғы 1 қаңтарда базар санитариялық тазалау мен қоршаған ортаны дезинфекциялауға жабылды. Ол кезде инфекцияның адамнан адамға айтарлықтай таралуы және медицина қызметкерлерінің жұқтыру жағдайлары туралы ешқандай дәлел тіркелген жоқ. **2020 жылғы 2 қаңтар** – ДДСҰ Құлақтандырудың жаһандық желісінің серіктестеріне Қытай Халық Республикасындағы пневмония жағдайлары кластеріндегі таралулар мен жауап шаралары туралы хабарлады. **2020 жылғы 9 қаңтар** – ДДСҰ Қытай билігі бұл таралудың себебі жаңа коронавирус болғанын анықтады деп мәлімдеді. **2020 жылғы 10 қаңтар** – ДДСҰ Интернетте техникалық нұсқаулықтардың жан-жақты пакетін жариялады. SARS және MERS-пен жұмыс тәжірибелеріне сүйене отырып, пациенттерге күтім жасау кезінде тамшылар мен байланысқа қатысты сақтық шаралары, сондай-ақ медицина қызметкерлері жүргізетін аэрозольдерді қалыптастыру процедуралары кезінде ауа тамшыларына қатысты сақтық шаралары ұсынылған медицина қызметкерлерін қорғауға арналған инфекциялық және профилактикалық бақылау бойынша ұсыныстар жарияланды. **2020 жылғы 11-12 қаңтар** – Қытай COVID-19-дың генетикалық тізбегімен көпшілік алдында бөлісті, ол диагностикалық тестілерді жедел әзірлеуге негіз болды. Қытай БАҚ-ы жаңа коронавирустан алғашқы өлім туралы хабарлады. **2020 жылғы 13 қаңтар** – Қытайдан тыс жердегі COVID-19-дың алғашқы жағдайы – Тайланд. **2020 жылғы 14 қаңтар** – ДДСҰ-ның жауап беру жөніндегі техникалық жетекшісі баспасөз брифингінде коронавирустың адамнан адамға жұғуы, негізінен отбасы мүшелері арқылы ШЕКТЕЛУ мүмкін және аурудың одан да кең таралу қаупі бар екенін атап өтті. **2020 жылғы 16 қаңтар** – Қытай Халық Республикасынан тыс жерде екінші расталған жағдай анықталды – Жапония. ДДСҰ сапарлардың жаһандық үлгілерін ескере отырып, басқа елдерде қосымша жағдайлар болуы мүмкін деп мәлімдеді. **2020 жылғы 17 қаңтар** – Еуропадағы алғашқы жағдай – Франция. **2020 жылғы 21 қаңтар** – АҚШ-дағы алғашқы расталған жағдай. **2020 жылғы 30 қаңтар** – ДДСҰ бас директоры жаңа коронавирустың (2019-nCoV) таралуын халықаралық мәнге ие қоғамдық денсаулық сақтау саласындағы төтенше жағдай деп жариялады. **2020 жылғы 4 наурыз** – Словенияда (Любляна) COVID-19-дың алғашқы жағдайы расталды. **2020 жылғы 11 наурыз** – Таралуы мен қиындылығының қауіп тудыратын деңгейіне де, әрекетсіздіктің қауіп тудыратын деңгейіне де қатты алаңдаған ДДСҰ COVID-19-ды пандемия ретінде сипаттауға болады деген баға берді. **2020 жылғы 13 наурыз** – Қазақстанда (Алматы және Нұр-Сұлтан) COVID-19 ауруының алғашқы жағдайлары расталды (ДДСҰ, к.ж.; Словениядағы 2019 коронавирусының пандемиясы, к.ж.; Қазақстандағы COVID-19 пандемиясы, к.ж.)

Коронавирус пандемиясы кезінде мейіргерлік дәлелді клиникалық тәжірибені енгізу үшін күрес

COVID-19 ауруының таралу жағдайлары туралы өзекті ғылыми негізделген ақпараттың ең жақсы көзі - Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымы, Ұлттық денсаулық сақтау министрлігі және Ұлттық қоғамдық денсаулық сақтау институты. Нұсқаулық медициналық қызметкерлерге, оның ішінде денсаулық сақтау саласының басшыларына және мекеме деңгейіндегі инфекцияның профилактикасы және инфекциялық бақылау тобына (ИПИБ) арналған, сонымен қатар ол ұлттық және аудандық/ провинциялық деңгейлер үшін де өзекті (ДДСҰ, 2020 ж.).

Скрининг және пациенттерді бөлу

COVID-19-ға күдікті/ерте анықтау үшін пациенттерді скринингтеу мен бөлу және көздерді бақылау шараларын жылдам жүзеге асыру. Медициналық мекемемен алғашқы байланыста болған кезде барлық адамдарды, сондай-ақ COVID-19 күдікті стационарлық пациенттерді

ертерек тануды қамтамасыз ету, содан кейін оларды дереу оқшаулау / бөлу өте маңызды. Тексеруді және сұрыптауды жеңілдету үшін медициналық мекемелер: кіреберісте ақпаратты ілуге; COVID-19 белгілері мен симптомдары бар пациенттерге кіру есіктерін орнатуға; қызметкерлерді COVID-19 белгілері мен симптомдарына үйретуге; медицина қызметкерлерін барлық пациенттерде ықтимал COVID-19 инфекциясына мұқият болуға шақыруға; жақсы жабдықталған тексеру және сұрыптау пункттерін, сондай-ақ қажетті жеке қорғаныс құралдарына (ЖҚҚ) қол жеткізе алатын персоналды құруға; тексеру жүргізетін персоналдың пациенттерден кемінде 1 метр қашықтықта, ең дұрысы шыны / пластикалық экран арқылы екендігіне көз жеткізуге; COVID-19-ға күдікті пациенттерді тез анықтау және оқшаулауға бағыттау үшін скрининг алгоритмін қолдануға; COVID-19 күдікті барлық пациенттер маска киіп, жақсы желдетілетін бөлмеде бір-бірінен кемінде 1 метр қашықтықта болуы; скрининг пен оқшаулаудан кейін пациенттерді жедел көмекке мұқтаж және қауіпсіз күте алатын адамдарды анықтау үшін стандартталған және тексерілген сұрыптау құралдарын қолдана отырып бөлуге (сұрыптауға) тиіс. *Словенияда біз медициналық мекемелерге кірер алдында пациенттер өтетін шатырлар орнатамыз. Мұнда медицина қызметкерлері сұрыптауды жүргізді. Әр пациенттің дене қызуы өлшеді, барлық пациенттердің жөтеліп, түшкіріп немесе өзін нашар сезінетінін тексерді. COVID-19 белгілері бар пациенттер коронавирусы бар пациенттерге арналған мамандандырылған емханалардың біріне бағытталды. Емдеу мекемелеріне жоспарлы қатынасулары бар емделушілер ғана кіре алады. Сұрыптауға медициналық қызметкерлер жетіспеді, және олардың барлығы қалыптасқан жағдайдан үрейленді. 2020 жылғы шілдеде біз арнайы орындарды орнаттық, мұнда шыны / пластик экрандарды қойдық, олар арқылы медициналық қызметкерлер пациенттермен әңгімелесіп, қашықтықтан өлшеуге арналған арнайы құрал көмегімен дене қызуларын тексерді. Сұрыптау пункттеріне көмек көрсету үшін біз медициналық және мейіргерлік мамандықтар студенттерін жалдадық.*

Оқшаулау немесе күтуге белгіленген аймақ

Жедел жәрдем бөлімшелерінде жеткілікті жеке оқшаулағыштары жоқ медициналық мекемелерде COVID-19 күдікті пациенттер күте алатын жеке, жақсы желдетілетін аймақты бөлу керек; оқшауланған немесе бөлінген аймақта арнайы дәретханалар, қол гигиенасы пункттері және тыныс алу гигиенасы үшін немесе қол жуғаннан кейін пайдаланылатын қағаз майлықтарды жоюға арналған қақпағы бар қоқыс жәшіктері болуы керек; пациенттерге арналған графикалық ақпаратты көрсету керек.

Словенияның денсаулық сақтау мекемелерінде бірорындық оқшаулағыштар жеткіліксіз. Ғимараттардың көбі өте ескі және пациенттерді оқшаулау үшін тиісті түрде салынбаған. Бізде орындықтары бір-біріне өте жақын орналасқан үлкен күту залдары бар, пациенттер әрбір үшінші орындықта отыра алады. Мейіргерлер орындықтарды үнемі дезинфекциялап отырды. Қол гигиенасы мен жөтелу әдебі туралы ескертулер келушілер үшін қолжетімді және әрбір қабырғада ілініп тұрды.

Барлық пациенттерге арналған стандартты сақтық шараларын қолдану

Стандартты сақтық шараларына, басқалармен қатар, қол мен тыныс алу мүшелерінің гигиенасы, қауіпті бағалауға сәйкес тиісті ЖҚҚ пайдалану, қоршаған ортаны тазарту және қалдықтарды қауіпсіз пайдалану кіреді.

Қол гигиенасы: қол гигиенасын ДДСҰ-ның «Менің қол гигиенамның 5 тармағы» тәсіліне сәйкес сақтау; қол гигиенасы кем дегенде 70% спиртпен (қолдар анық ластанбаған кезде) немесе

сабынмен, сумен және бір рет қолданылатын сүлгілермен (егер олар анық ластанған болса) қолды спирт негізіндегі ысқылау құралымен (ABHR) жууды қамтиды; тиісті техника мен ұзақтықты қолдану.

Словенияда біз қол гигиенасын ДДСҰ-ның «Менің қол гигиенамның 5 тармағы» ұсыныстарына сәйкес орындаймыз. Эпидемияға дейін қол гигиенасын оқыту және бақылау негізінен ауруханаларда жүргізілді, бірақ қарттар үйлері мен алғашқы медициналық-санитариялық орталықтарда өте сирек болды. Сондықтан бірден білімнің жетіспеушілігі пайда болды және біз осы мекемелерде қызметкерлерді оқыта бастадық. Қызметкерлер техника мен жағдайларды (5 тармақ) түсінбеді, өйткені оларда медицина қызметкерінің ортасы және пациенттің ортасы деген не екендігі туралы негізгі білім болған жоқ. Біз қолдарды дезинфекциялау құралдарының жетіспеуіне байланысты оларды сатып ала алмадық. Қолдарға арналған сапасыз дезинфекциялау құралдары ғана қолжетімді болды. Бағалар жоғары болды.

Жөтелу әдебі: жөтелу немесе түшкіру кезінде мұрын мен ауызды майлықпен немесе бүгілген шынтақпен жабу қажеттілігі туралы графикалық ақпаратты көрсету; тыныс алу жолдарының секрецияларымен немесе ықтимал ластануы мүмкін заттармен байланысқаннан кейін қол гигиенасын сақтау; COVID-19 күдікті пациенттерге кюге арналған медициналық маска беру.

Біз қызметкерлерді, пациенттерді және келушілерді жөтел мен түшкіру кезінде дұрыс гигиенаға (әдепке) үйреттік. Ауызды, мұрынды қалай жабуға болады және мұрын орамалдарын қалай пайдалану керек. Көптеген адамдар оларды бірнеше рет қолданған. Гигиеналық әдеттері жақсы болған жоқ. Барлық пациенттерге біз кез-келген емдеу мекемесіне кірер алдында маскалар бердік.

ЖҚҚ пайдалану: ЖҚҚ ұтымды және дұрыс пайдалану ауру тудыратын микроағзалардың әсерін азайтады. ЖҚҚ-ның тиімділігі көп жағдайда: персоналды ЖҚҚ-рын кюге және шешуге оқытуға; материалдардың жеткілікті санына жылдам қолжеткізуге; қолдардың тиісті гигиенасына; медициналық қызметкерлердің талаптарын сақтауға; тұрақты мониторинг пен кері байланысқа байланысты.

Қарттар үйлерінде ЖҚҚ алу оңай болған жоқ, ал қызметкерлер дұрыс пайдалану туралы жеткілікті білімге ие болмады. Су өткізбейтін жабындар, FFP2 және FFP3 маскалары болған жоқ. Ештеңені сатып алу мүмкін болмады. Пандемияның басында ЖҚҚ шамадан тыс және қажетсіз қолданылды. Барлық қызметкерлердің тиісті жұмыс киімдері болған жоқ. Олардың көпшілігінде тек бастары арқылы кюге болатын нымшалар болды. Қарттар үйлерінде оларда 60°C-тан жоғары температурада жууға болмайтын жұмыс киімдері болған және олардың біреуі немесе екеуі болған, сондықтан оларды күн сайын ауыстырып, үйге жууға алып келуге болмайды. Мұның бәрі орынсыз болды. Біріншіден, қарттар үйлеріне жеткілікті қолайлы киім сатып алуы керек еді. Словенияның барлық қарттар үйлерінде тәжірибелі мейіргерлер Словенияның Денсаулық сақтау министрлігі мен Мейіргерлер мен акушерлер қауымдастығының тапсырысы бойынша жаттығулар өткізді. Олар COVID-19, алдын-алу шаралары, қол гигиенасы және ЖҚҚ дұрыс қолдану туралы айтты. Бұл тәжірибелі мейіргерлер әлі де консультация алу үшін қол жетімді.

Қоршаған жағдайларды тазалау

Тазарту және дезинфекциялау процедураларының дәйекті және дұрыс орындалуын қамтамасыз ету маңызды. Медициналық мекемелердегі барлық беттерді, әсіресе қатты жанасуға бейім беттерді үнемі тазалап, зарарсыздандыру керек. COVID-19-ға күдігі бар немесе расталған пациенттер қабылданған жағдайда жиілік аймақтар мен пациенттердің түріне байланысты

болады. Тиімді тазарту: беттерді жуғыш зат қосылған сумен мұқият тазалау; дезинфекциялық ерітіндіні жағу (COVID-19 кезінде 0,1% натрий гипохлориді немесе 70-90% этанол тиімді, қанның немесе биологиялық сұйықтықтардың үлкен төгілуі кезінде натрий гипохлоридінің 0,5% шоғырлануын қолдану керек); байланыс уақыты кемінде 1 минут этанолға, хлор негізіндегі өнімдерге және сүтегі асқын тотығына $\geq 0,5\%$; қажет болған жағдайда дезинфекциялық қалдықтарды таза сумен шаюға болады; медициналық құралдармен және жабдықтармен, кір жуу, ыдыс-аяқ және медициналық қалдықтармен әдеттегі қауіпсіздік процедураларына сәйкес жұмыс істеу керек.

Словенияда медициналық мекемелердегі пациенттің қоршаған ортасын тазарту және дезинфекциялау жүргізіледі, бірақ барлық жерде бірдей сапада емес. Кейбір мекемелерде аутсорсерлер бар. Мұндай қызметкерлерді оқыту өте қиын. Клинерлер өте маңызды рөл атқарады. Дезинфекциялық заттарды сатып алу мүмкін болмады. Кейбір мекемелерде қорлар болған жоқ. Ең үлкен мәселе таза және таза емес жолдарды бөлу болды. Ауруханаларда негізінен таза және таза емес жолдар бар, олар өте жақсы бөлінген, ал қарттар үйлерінде жоқ. Қарттар үйінде оқудың арқасында клининг қызметінің қызметкерлері алдын алу шаралары туралы көп нәрсе білді.

Қалдықтарды кәдеге жарату

COVID-19-ға күдігі бар немесе расталған пациенттерге көмек көрсету кезінде пайда болған медициналық қалдықтар жұқпалы болып саналады және төсемі бар нақты таңбаланған контейнерлерге және сейфтерге қауіпсіз жиналуы керек. Медициналық қалдықтармен қауіпсіз жұмыс істеу үшін: жауапкершілік пен тиісті адами және материалдық ресурстарды қалдықтарды сұрыптауға және жоюға жүктеу; қалдықтарды орнында өңдеген жөн; егер қалдықтар алаңнан тыс жерге шығарылса, олардың қайда және қалай өңделетінін және жойылатынын түсіну маңызды; жұқпалы қалдықтармен жұмыс істеу кезінде тиісті ЖҚҚ (етік, ұзын жеңді халат, аса берік қолғаптар, маска және қорғаныс көзілдірігі немесе қорғаныс маскасы) қолдану; COVID-19 таралуы кезінде жұқпалы қалдықтардың, әсіресе ЖҚҚ қолдану есебінен көбеюіне дайындалу.

Қалдықтарды бөлу коронавирус кезінде аса маңызды, сондықтан қызметкерлерге қалдықтарды пайдалану және жуу туралы нұсқау беру керек. COVID-19-ға күдікті немесе расталған пациенттерге көмек көрсету кезінде пайда болған медициналық қалдықтар жұқпалы болып саналды және нақты белгіленген төсемі бар контейнерлерге қауіпсіз жиналды. Қарттар үйінде қоқыс екі қапқа жиналды. COVID-19 кезінде жұқпалы қалдықтардың көлемі артты. Жұқпалы қалдықтарды өңдеу және жою өте қымбат. Ауруханаларда кір жуу аутсорсинг арқылы жүзеге асырылады және бізде киім-кешекті алу қиынға соқты, өйткені олар жоғалып отырды немесе уақытында қайтарылмады.

Кеңістікті бөлу және физикалық кедергілер

Пациенттер арасында әрқашан кемінде 1 метр кеңістіктік бөлінуі сақталуы тиіс. Кеңістікті бөлу де, тиісті желдету де медициналық мекемеде көптеген қоздырғыштардың таралуын азайтуға көмектеседі. Шыны немесе пластикалық терезелер сияқты физикалық кедергілерді қолдану медицина қызметкерлерінің COVID-19 вирусына сезімталдығын төмендетуі мүмкін.

Словенияда пациенттер ауруханаға 1 метрден астам қашықтықта жатқызылды. Қарттар үйінде мұндай қашықтық сәйкес келмеді (метрден аз). Сондай-ақ күту залдарында дұрыс қашықтықпен көптеген мәселелер болды. Ең қиыны пациенттерді медициналық мекемеге кіру алдында немесе дәрігерді күту кезінде 1,5 м қашықтықта тұруға үйрету болды. Сондай-ақ, пациенттер дәрігерге белгіленген уақыттан 1 сағат бұрын келіп отырды және

уақытында келу керек екенін түсінбеді. Біз оларды клиникаға қабылдауға 5 минут қалған кезде ғана кіргізіп отырдық, олар дереу дәрігерге баруға тиіс болды. Үй-жайларды әр сағат сайын 10 минуттан желдету керек болды. Ауа баптағыштарды пайдалануға рұқсат етілмеді (бізде ауа баптауға байланысты COVID-19-ды палаталарға тік тасымалдау жағдайы болды).

COVID-19-ды анықтауға зертханалық зерттеулер

Бастапқыда COVID-19-ға тестінің нәтижелерін алу үшін 12-ден 24 сағатқа дейін күту керек болды, бұл осы уақытша терезеде жұқтыру қаупін тудырды. 2020 жылдың сәуірінде біз жағындыларды алу үшін мобильді бригадалар ұйымдастырдық. Нәтижеге дейінгі уақыт 4 сағатқа дейін қысқарды, содан кейін қайтадан 12 сағатқа дейін артты. Сонымен қатар, жағынды нәтижелерін ұзақ уақыт күтуге тура келді (кейбір пациенттерге жағынды алу үшін екі күн, ал нәтиже алу үшін тағы екі күн күтуге тура келді) – контейнерлер тым көп болды. Зертханалар оң нәтижесі бар адамдардың барлық байланыстарын тексере алмады, өйткені олар оң нәтиже көрсеткен адамдар санының өсуіне төтеп бере алмады.

Қорытынды

Біз әлі де COVID-19 пандемиясымен күресіп жатқан кезде, барлық денсаулық сақтау мамандары, соның ішінде мейіргерлер де құнды сабақ алдық. Біздің денсаулық сақтау жүйелеріміздің қай жерде осал екенін білдік. Бізде бар және қызметкерлер арасында мейіргер мамандары бөліскен білімге қарамастан, қызметкерлердің жетіспеушілігіне және соңғы уақытта материалдық ресурстарға байланысты мәселелер әлі де бар. Қиын кезеңдерге қарамастан, жалақыларының орындалған жұмысқа сәйкес келмейтініне қарамастан, адамдар өздерінің мамандыққа қатыстылығын қолдайды және көрсетеді. COVID-19 кезіндегі мейіргерлердің бірегей тәжірибесі сонымен қатар көптеген жерлерде өз еркімен және өз бастамасымен қатысатын және теорияны практикамен жақсы байланыстыратын студенттерге арналған.

Доказательная сестринская клиническая практика во время пандемии COVID-19 - опыт Словении

Яна Лавтизар

Магистр наук в области сестринского дела, медсестра
Центр укрепления здоровья, Общественный центр здоровья Крань, Словения
jana.lavtizar75@gmail.com

Матейджа Бахун

Магистр наук в области сестринского дела, бакалавр наук, медсестра, старший преподаватель
Факультет здравоохранения им. Анжелы Бошкин, Словения, mbahun@fzab.si

Резюме

Пандемия COVID-19 истощила ресурсы здравоохранения до предела. Как и в других профессиях, в сестринском деле мы сталкиваемся с нехваткой кадров, материалов и даже знаний. В этой статье мы покажем, как мы реализовали инструкции и рекомендации Всемирной организации здравоохранения и Центра по контролю за заболеваниями в области сестринского дела в Словении, с чем мы столкнулись больше всего, например, нехватка мест в больницах, нехватка медсестер... и как мы пытались решить эти проблемы.

Ключевые слова: *коронавирус, сестринское дело, научно-обоснованная клиническая практика*

Коронавирус

Коронавирус (COVID-19) происходит из семейства вирусов, поражающих дыхательные пути, вызывая заболевания от простуды до тяжелой пневмонии. Обычно он обитает у летучих мышей и других диких животных и может передаваться людям через животных или напрямую между людьми через респираторные капли. Около 80% зарегистрированных случаев имели заболевание от легкой до средней степени, 13,8% имели тяжелое заболевание и 6,1% были критическими. Текущие оценки предполагают средний инкубационный период от пяти до шести дней с диапазоном от одного до 14 дней. Вирус был обнаружен в цельной крови, сыворотке, слюне, моче и глазной жидкости. В фекалиях вирусная РНК выявлялась с 5 дня и до 4–5 недель в умеренных случаях. Сообщалось о пролонгированном выделении вирусной РНК из мазков из носоглотки до 37 дней у взрослых пациентов и с фекалиями в течение более одного месяца после заражения у педиатрических пациентов. Выделение вирусной РНК напрямую не означает инфекционность. Вирус обнаружен у бессимптомных лиц. Основываясь на данных Китая, в отчете международной миссии ВОЗ указывается, что до 75% изначально бессимптомных случаев прогрессируют до клинического заболевания, что делает истинную бессимптомную инфекцию довольно редкой (по оценкам, 1-3%) (ВОЗ, нет данных).

Этапы и важные даты вспышки COVID-19

31 декабря 2019 г. – Китайская городская комиссия здравоохранения Ухани сообщила о кластере случаев пневмонии в Ухане, провинция Хубэй. Некоторые пациенты были дилерами или продавцами на рынке морепродуктов Хуанань. **1 января 2020 г.** – ВОЗ создала Группу поддержки

по управлению инцидентами на трех уровнях: штаб-квартира, региональная штаб-квартира и страновой уровень, что поставило организацию в чрезвычайную ситуацию для борьбы со вспышкой. 1 января 2020 года рынок был закрыт на санитарную очистку и дезинфекцию окружающей среды. На тот момент не было зарегистрировано никаких доказательств значительной передачи инфекции от человека человеку и случаев инфицирования медицинских работников. **2 января 2020 г.** – ВОЗ проинформировала партнеров Глобальной сети оповещения о вспышках и ответных мерах в кластере случаев пневмонии в Китайской Народной Республике. **9 января 2020 г.** – ВОЗ сообщила, что власти Китая определили, что вспышка вызвана новым коронавирусом. **10 января 2020 г.** – ВОЗ опубликовала в Интернете всеобъемлющий пакет технических руководств. Основываясь на опыте работы с SARS и MERS, были опубликованы рекомендации по инфекционному и профилактическому контролю для защиты медицинских работников, в которых были рекомендованы меры предосторожности в отношении капель и контакта при уходе за пациентами, а также меры предосторожности в отношении воздушно-капельной инфекции при процедурах образования аэрозолей, проводимых медицинскими работниками. **11-12 января 2020 г.** – Китай публично поделился генетической последовательностью COVID-19, которая послужила основой для безотлагательной разработки диагностических тестов. Китайские СМИ сообщили о первой смерти от нового коронавируса. **13 января 2020 г.** – Первый случай COVID-19 за пределами Китая – Таиланд. **14 января 2020 г.** – Технический руководитель ВОЗ по реагированию отметил на брифинге для прессы, что, возможно, передача коронавируса от человека человеку может быть ОГРАНИЧЕНА, в основном через членов семьи, и что существует риск возможной более широкой вспышки. **16 января 2020 г.** – **второй подтвержденный случай выявлен за пределами Китайской Народной Республики – Япония.** ВОЗ заявила, что, учитывая глобальные модели поездок, вероятны дополнительные случаи в других странах. **17 января 2020 г.** - Первый случай в Европе – Франция. **21 января 2020 г.** – первый подтвержденный случай в США. **30 января 2020 г.** – Генеральный директор ВОЗ объявил вспышку нового коронавируса (2019-nCoV) чрезвычайной ситуацией в области общественного здравоохранения, имеющей международное значение. **4 марта 2020 г.** – Первый случай COVID-19 подтвержден в Словении (Любляна). **11 марта 2020 г.** – Глубоко обеспокоенная как тревожными уровнями распространения и серьезности, так и тревожными уровнями бездействия, ВОЗ сделала оценку, что COVID-19 можно охарактеризовать как пандемию. **13 марта 2020 г.** – первые случаи заболевания COVID-19 подтвердились в Казахстане (Алматы и Нур-Султане) (ВОЗ, н.д.; Пандемия коронавируса 2019 в Словении, н.д.; пандемия COVID-19 в Казахстане, н.д.)

Трудности с внедрением доказательной клинической практики во время пандемии COVID-19

Лучшим источником актуальной научно обоснованной информации о случаях вспышки COVID-19 является Всемирная организация здравоохранения, Национальное министерство здравоохранения и Национальный институт общественного здравоохранения. Руководство предназначено для медицинских работников, включая руководителей здравоохранения и группы по профилактике инфекции и инфекционного контроля (ПИИК) на уровне учреждения, но оно также актуально для национального и районного / провинциального уровней (ВОЗ, 2020 г).

Скрининг и разделение пациентов

Скрининг и разделение пациентов для раннего выявления/с подозрением на COVID-19 и быстрое осуществление мер контроля источников. Крайне важно проверить всех людей при первом контакте с медицинским учреждением, а также стационарных пациентов с подозрением на

COVID-19, чтобы обеспечить раннее распознавание с последующей их немедленной изоляцией / разделением. Для облегчения проверки и сортировки медицинские учреждения должны: вывешивать информацию на входе; установить входы для пациентов с признаками и симптомами COVID-19; обучить персонал признакам и симптомам COVID-19; побуждать медицинских работников быть внимательными к потенциальной инфекции COVID-19 у всех пациентов; создать хорошо оборудованные пункты досмотра и сортировки, а также персонал, имеющий доступ к необходимым средствам индивидуальной защиты (СИЗ); убедиться, что персонал, проводящий обследование, находится на расстоянии не менее 1 метра от пациентов, в идеале – через стеклянный / пластиковый экран; использовать алгоритм скрининга для быстрого выявления и направления пациентов с подозрением на COVID-19 в изоляцию; все пациенты с подозрением на COVID-19 должны носить маски и находиться на расстоянии не менее 1 метра друг от друга в хорошо вентилируемом помещении; после скрининга и изоляции, разделять (сортировать) пациентов с использованием стандартизированных и проверенных инструментов сортировки для выявления тех, кто нуждается в немедленной помощи, и тех, кто может безопасно ждать.

В Словении мы устанавливаем палатки перед входами в медицинские учреждения, через которые проходили пациенты. Здесь медицинские работники проводили сортировку. У каждого пациента измеряли температуру тела, и всех пациентов проверяли, кашляют ли они, чихают или плохо себя чувствуют. Пациенты с признаками COVID-19 были направлены в одну из специализированных поликлиник для пациентов с коронавирусом. В лечебные учреждения могли попасть только пациенты с плановым посещением.

Не хватало медицинских работников для сортировки, и все они очень боялись сложившейся ситуации. В июле 2020 года мы установили специальные места, где установили стеклянные / пластиковые экраны, через которые медицинские работники вели беседу с пациентом и измеряли температуру тела с помощью специального прибора для дистанционных измерений. На пунктах сортировки мы нанимали студентов медицинских и медсестринских специальностей, чтобы те оказали помощь.

Изоляция или выделенная зона ожидания

В медицинских учреждениях, не имеющих достаточного количества отдельных изоляторов в отделениях неотложной помощи, следует выделить отдельную, хорошо вентилируемую зону, где могут ждать пациенты с подозрением на COVID-19; в изолированной или отведенной зоне должны быть специальные туалеты, пункты гигиены рук и мусорные баки с крышкой для утилизации бумажных салфеток, используемых для респираторной гигиены или после мытья рук; отображать графическую информацию для пациентов.

В учреждениях здравоохранения Словении не хватает одноместных изоляторов. Большинство зданий очень старые и не построены должным образом, чтобы изолировать пациентов. У нас есть большие залы ожидания со стульями, расположенными очень близко друг к другу, пациенты могут сидеть на каждом третьем стуле. Медсестры регулярно дезинфицировали стулья. Напоминания о гигиене рук и этикете кашля доступны для посетителей и пациентов на каждой стене.

Применение стандартных мер предосторожности для всех пациентов

Стандартные меры предосторожности включают, помимо прочего, гигиену рук и органов дыхания, использование соответствующих СИЗ в соответствии с оценкой риска, очистку окружающей среды и безопасное обращение с отходами.

Гигиена рук: соблюдать гигиену рук в соответствии с подходом ВОЗ «Мои 5 пунктов гигиены рук»; гигиена рук включает в себя мытье рук средством для протирания рук на спиртовой основе (ABHR), содержащим не менее 70% спирта (когда руки не были явно загрязнены), или мылом, водой и одноразовыми полотенцами (если они явно загрязнены); используйте соответствующую технику и продолжительность.

В Словении мы выполняем гигиену рук в соответствии с рекомендациями ВОЗ «Мои 5 пунктов гигиены рук». До эпидемии обучение и надзор за гигиеной рук проводились в основном в больницах, но очень редко в домах престарелых и центрах первичной медико-санитарной помощи. Поэтому сразу возникла нехватка знаний, и мы начали обучать персонал в этих резиденциях. Сотрудники не понимали техники и обстоятельств (5 пунктов), потому что у них не было базовых знаний о том, что такое окружение медицинского работника и что такое окружение пациента. Мы не могли купить дезинфицирующие средства для рук из-за их нехватки. Доступны были только некачественные дезинфицирующие средства для рук. Цена была высокой.

Этикет кашля: отображать графическую информацию о необходимости прикрывать нос и рот салфеткой или согнутым локтем при кашле или чихании; соблюдать гигиену рук после контакта с выделениями из дыхательных путей или предметами, которые могут быть потенциально загрязнены; дать пациентам с подозрением на COVID-19 медицинскую маску для ношения.

Мы учили сотрудников, пациентов и посетителей правильной гигиене (этике) при кашле и чихании. Как прикрывать рот, нос и как обращаться с платками. Большинство людей использовали их несколько раз. Гигиенические привычки были не из лучших. Всем пациентам мы выдавали маски перед входом в любое лечебное учреждение.

Использование СИЗ: Рациональное и правильное использование СИЗ снижает воздействие болезнетворных микроорганизмов. Эффективность СИЗ во многом зависит от: обучения персонала надеванию и снятию СИЗ; быстрого доступа к достаточному количеству материалов; соответствующая гигиена рук; соблюдение требований медицинских работников; регулярный мониторинг и обратная связь.

В домах престарелых было нелегко получить СИЗ, и сотрудники не имели достаточных знаний о правильном использовании. Водоотталкивающих покрытий, масок FFP2 и FFP3 не было. Ничего нельзя было купить. В начале пандемии СИЗ использовались чрезмерно и без надобности. Не у всех сотрудников была соответствующая рабочая одежда. У большинства были топы, которые они могли надевать только через голову. В домах престарелых у них была рабочая одежда, которую нельзя было стирать при температуре выше 60°C, и у них была только одна или две, поэтому их нельзя было менять каждый день и приносить домой стирать. Все это было неуместно. Во-первых, домам престарелых нужно было закупить достаточно подходящей одежды. Практически во всех домах престарелых в Словении опытные медсестры проводили обучение, организованное по заказу Министерства здравоохранения и Ассоциации медсестер и акушерок Словении. Они говорили о COVID-19, мерах профилактики, практических занятиях по гигиене рук и правильном использовании СИЗ. Эти опытные медсестры по-прежнему доступны для консультации.

Очистка окружающих условий

Важно обеспечить последовательное и правильное выполнение процедур очистки и дезинфекции. Все поверхности в медицинских учреждениях следует регулярно чистить и дезинфицировать, особенно поверхности, подверженные сильному касанию. В условиях, когда принимаются пациенты с подозрением или подтверждением COVID-19, частота зависит от типа

зон и пациентов. Эффективная очистка: тщательно очистите поверхности водой с моющим средством; нанести дезинфицирующий раствор (при COVID-19 эффективны либо 0,1% гипохлорит натрия, либо 70-90% этанол, при больших разливах крови или биологических жидкостей следует использовать концентрацию гипохлорита натрия 0,5%); время контакта не менее 1 минуты рекомендуется для этанола, продуктов на основе хлора и перекиси водорода $\geq 0,5\%$; при необходимости остатки дезинфицирующего средства можно смыть чистой водой; с медицинскими приборами и оборудованием, прачечной, посудой и медицинскими отходами следует обращаться в соответствии с обычными процедурами безопасности.

В Словении очистка и дезинфекция окружающих условий пациента в медицинских учреждениях проводится, но не везде одинакового качества. В некоторых учреждениях есть аутсорсеры. Обучать таких сотрудников крайне сложно. Клинеры играют очень важную роль. Дезинфицирующие средства купить не удалось. У некоторых учреждений не было запасов. Самой большой проблемой было разделение чистых и нечистых путей. В больницах в основном есть чистые и нечистые пути, разделенные очень хорошо, а в домах престарелых – нет. Благодаря обучению в домах престарелых сотрудники клиринговых служб узнали много нового о профилактических мерах.

Утилизация отходов

Медицинские отходы, образующиеся при оказании помощи пациентам с подозрением или подтвержденным COVID-19, считаются заразными и должны безопасно собираться в четко маркированные контейнеры с подкладкой и острые сейфы. Для безопасного обращения с медицинскими отходами: возложите ответственность и адекватные человеческие и материальные ресурсы на сортировку и удаление отходов; обрабатывать отходы предпочтительно на месте; если отходы перемещаются за пределы площадки, важно понимать, где и как они будут обрабатываться и удаляться; использовать соответствующие СИЗ (ботинки, халат с длинными рукавами, сверхпрочные перчатки, маску и защитные очки или защитную маску) при обращении с инфекционными отходами; подготовиться к увеличению объема инфекционных отходов во время вспышки COVID 19, особенно за счет использования СИЗ.

Разделение отходов также очень важно во время коронавируса, и сотрудники должны быть проинструктированы по обращению с отходами и стиркой. Медицинские отходы, образующиеся при оказании помощи пациентам с подозрением или подтвержденным COVID-19, считались заразными и безопасно собирались в четко обозначенные контейнеры с подкладкой. В домах престарелых мусор собирали в два мешка. Объем инфекционных отходов увеличился во время COVID-19. Обработка и утилизация инфекционных отходов очень дороги. В больницах стирка белья осуществляется на аутсорсинге, и у нас возникли проблемы с получением белья, потому что оно терялось или возвращалось не в установленные сроки.

Пространственное разделение и физические барьеры

Между пациентами всегда должно быть соблюдено пространственное разделение не менее 1 метра. Как пространственное разделение, так и соответствующая вентиляция могут помочь уменьшить распространение многих патогенов в медицинском учреждении. Использование физических барьеров, таких как стекло или пластиковые окна, также может снизить подверженность медицинских работников вирусу COVID-19.

В Словении пациенты были госпитализированы на расстоянии более 1 метра. В домах престарелых такое расстояние не подходило (менее метра). Также было много проблем с правильной дистанцией в залах ожидания. Самым сложным было научить пациентов стоять

на расстоянии 1,5 м при входе в лечебное учреждение или ожидании врача. Пациенты также приходили на прием к врачу за 1 час до назначенного времени и не понимали, что им нужно явиться вовремя. Мы впустили их в клинику всего за 5 минут до приема, и они должны были сразу пойти к врачу. Помещения нужно было проветривать каждый час по 10 минут. Использование кондиционеров не разрешалось (у нас был случай вертикального переноса COVID-19 в палаты из-за кондиционирования воздуха).

Лабораторные исследования на выявление COVID-19

Первоначально необходимо было подождать от 12 до 24 часов для получения результатов теста на COVID-19, что представляло большой риск передачи в это временное окно. В апреле 2020 года мы организовали мобильные бригады для взятия мазков. Время до результата сократилось до 4 часов, а затем снова увеличено до более чем 12 часов. Кроме того, слишком долго приходилось ждать результатов мазка (некоторым пациентам приходилось ждать два дня, чтобы взять мазок, и еще два дня, чтобы получить результаты) – емкости были слишком заполнены. Лаборатории не могли проверить все контакты положительных людей, потому что не могли справиться с ростом числа людей с положительным результатом.

Заключение

В это время, когда мы все еще боремся с пандемией COVID-19, все специалисты здравоохранения, включая медсестер, извлекли ценный урок. Мы узнали, где наши системы здравоохранения хрупки. Несмотря на знания, которыми мы располагаем и которыми поделились специалисты-медсестры среди сотрудников, все еще существуют проблемы из-за нехватки персонала и, в последнее время, материальных ресурсов. Несмотря на трудные времена, люди поддерживают и демонстрируют свою принадлежность к профессии, несмотря на то, что зарплата не соответствует выполняемой работе. Уникальный опыт работы медсестрой во время COVID-19 также предназначен для студентов, которые во многих местах добровольно и по собственной инициативе участвуют и прекрасно связывают теорию с практикой.

Evidence-based nursing in the time of COVID-19 pandemic – Slovenian experience

Jana Lavtižar

MSc (Nursing), RN

Health Promotion Center, Community health center Kranj, jana.lavtizar75@gmail.com

Mateja Bahun

MSc (Nursing), BSc (educ), RN, Senior Lecturer

Angela Boškin Faculty of Health Care, Slovenia, mbahun@fzab.si

Abstract

COVID-19 pandemic has stretched health care resources to their limits. As other professions, in nursing also we are facing shortage of personnel, material and even knowledge. In this article we show how we implemented World Health Organization and Center of Disease Control instructions and recommendations in Slovenian nursing, what were our biggest struggles as shortage of space in hospitals, shortage of nurses... and how we tried to overcome it.

Key words: corona virus, nursing, evidence - based practice

Corona virus

Corona virus (COVID-19) comes from the family of viruses affecting respiratory tract, causing diseases from common cold to severe pneumonia. It usually lives in bats and other wild animals and can be transmitted to humans via animals or directly between humans via respiratory droplets. About 80% of reported cases had mild to moderate disease, 13.8% had severe disease and 6.1% were critical. Current estimates suggest a median incubation period from five to six days, with a range from one to up to 14 days. The virus has been detected in whole blood, serum, saliva and urine and ocular fluid. In faces, viral RNA has been detected from day 5 after onset and up to 4 to 5 weeks in moderate cases. Prolonged viral RNA shedding has been reported from nasopharyngeal swabs, up to 37 days among adult patients and in faces, for more than one month after infection in pediatric patients. The viral RNA shedding does not directly equate with infectivity. The virus has been detected in asymptomatic persons. Based on Chinese data, the international WHO mission report indicates that up to 75% of initially asymptomatic cases will progress to clinical disease, making the true asymptomatic infection rather rare (estimated at 1-3%) (WHO, n.d.).

Time line and important dates of COVID-19 outbreak

31. December 2019 - Chinese Wuhan Municipal Health Commission reported a cluster of cases of pneumonia in Wuhan, Hubei Province. Some patients were dealers or vendors in the Huanan Seafood market. **1. January 2020** - WHO had set up the Incident Management Support Team across the three levels: headquarters, regional headquarters and country level, putting the organization on an emergency footing for dealing with the outbreak. Market was closed on 1 January 2020 for environmental sanitation and disinfection. At that time no evidence of significant human-to-human transmission and no health care worker infections have been reported. **2. January 2020** - WHO

informed Global Outbreak Alert and Response Network partners about the cluster of pneumonia cases in the People's Republic of China. **9. January 2020** - WHO reported that Chinese authorities have determined that the outbreak is caused by a novel coronavirus. **10. January 2020** - WHO issued a comprehensive package of technical guidance online. Based on experience with SARS and MERS, infection and prevention control guidance were published to protect health workers recommending droplet and contact precautions when caring for patients, and airborne precautions for aerosol generating procedures conducted by health workers. **11.-12. January 2020** - China publicly shared the genetic sequence of COVID-19, which was the basis for the development of diagnostic tests without delay. Chinese media reported the first death from the novel coronavirus. **13. January 2020** - First case of COVID-19 outside of China – Thailand. **14. January 2020** -WHO's technical lead for the response noted in a press briefing there may have been LIMITED human-to-human transmission of the coronavirus, mainly through family members, and that there was a risk of a possible wider outbreak. **16. January 2020 - second confirmed case** detected outside of the People's Republic of China - **Japan**. WHO stated that considering global travel patterns, additional cases in other countries were likely. **17. January 2020** - First case in Europe – France, **21. January 2020** - first confirmed case in the USA. **30. January 2020** - The WHO Director-General declared the novel coronavirus outbreak (2019-nCoV) a Public Health Emergency of International Concern. **4. March 2020** - COVID – 19 first case confirmed in Slovenia (Ljubljana) **11. March 2020** - Deeply concerned both by the alarming levels of spread and severity, and by the alarming levels of inaction, WHO made the assessment that COVID-19 could be characterized as a pandemic. **13. March 2020** - COVID – 19 first case confirmed in Kazakhstan (Almaty and Nur-Sultan) (WHO, n. d.; Pandemija koronavirusne bolezni 2019 v Sloveniji, n.d.; COVID-19 pandemic in Kazakhstan, n.d.).

Struggles with evidence-based nursing implementation in Corona virus pandemic

The best source of up-to-date evidence-based information in cases such as COVID-19 outbreak is the World health organization, National Ministry of health and National institute for public health. This guidance is intended for health workers, including health care managers and infection prevention and control (IPC) teams at the facility level, but it is also relevant for the national and district / provincial levels (WHO, 2020).

Screening and triage

Screening and triaged for early recognition of patients with suspected COVID-19, and rapid implementation of source control measures. It is critical to screen all persons at the first point of contact with the health-care facility as well as inpatients with suspected COVID-19 to allow for early recognition, followed by their immediate isolation/separation. To facilitate screening and triage, health-care facilities should: display information at the entrance; establish entrances for patients with signs and symptoms of COVID-19; train staff on the signs and symptoms of COVID-19; encourage health workers to be alert to potential COVID-19 infection in all patients; establish well-equipped screening and triage stations, and where staff have access to adequate supplies of personal protective equipment (PPE); ensure that screening personnel maintain a distance of at least 1 meter from patients, ideally by a glass/plastic screen; use a screening algorithm to promptly identify and direct patients with suspected COVID-19 to an isolation; all suspected COVID-19 patients should wear masks and be positioned at least 1 meter apart from each other in well-ventilated area; after screening and isolation, triage patients using standardized and validated triage tools to identify those in need of immediate care and those that can safely wait.

In Slovenia, we set up tents in front of the entrances of medical institutions, through which patients entered. Here, health care workers performed triage. Each patient's body temperature was measured and all patients were checked if they were coughing, sneezing or feeling unwell. Patients with COVID-19 signs were referred to one of the specialized outpatient clinics for patients with coronavirus. Only patients with scheduled visits could enter medical institutions.

There were not enough health care workers to do triage, and they were all very scared of the situation. In July 2020, we set up special places where we installed glass/plastic screens through which healthcare professionals conducted a conversation with the patient and the body temperature was measured with a special device for distant measurements. On triage points we employed students of medicine and nursing to help.

Isolation or designated waiting area

Health-care facilities without enough single isolation rooms in emergency departments should designate a separate, well-ventilated area where patients with suspected COVID-19 can wait; the isolation or designated area should have dedicated toilets, hand hygiene stations, and trash bins with lid for disposal of paper tissues used for respiratory hygiene or after hand washing; display graphic information for patients

In Slovenia health-care facilities don't have enough single isolation rooms. Most buildings are very old and not built adequately to isolate patients. We have large waiting rooms with chairs placed very close together, patients could sit in every third chair. Nurses were disinfecting chairs regularly. Reminders of hand hygiene and cough hygiene are available for visitors and patients on every wall.

Applying standard precautions for all patients

Standard precautions include, but are not limited to, hand and respiratory hygiene, the use of appropriate PPE according to risk assessment, environmental cleaning, and safe waste management.

Hand Hygiene: perform hand hygiene according to the WHO's My 5 Moments for Hand Hygiene approach; hand hygiene includes either cleansing hands with an alcohol-based hand rub (ABHR) containing at least 70% alcohol (when hands are not visibly soiled), or with soap, water and disposable towels (when they are visibly soiled); use the appropriate technique and duration.

In Slovenia we perform hand hygiene according to the WHO's My 5 Moments for Hand Hygiene. Before the epidemic, education and supervision of hand hygiene was carried out mostly in hospitals, but very rarely in nursing homes and primary health care centres. Therefore, there was an immediate lack of knowledge and we started educating the staff in these residences. Employees didn't understand the technique and circumstances (5 moments) because they didn't have a basic knowledge of the notion of what a healthcare professional's environment is, and what a patient's environment is. We could not buy hand sanitizers because of shortage. Only low-quality hand sanitizers were available. The price was high.

Respiratory hygiene: display graphic information on the need to cover nose and mouth with a tissue or bent elbow when coughing or sneezing; perform hand hygiene after contact with respiratory secretions or objects that may be potentially contaminated; give patients with suspected COVID-19 a medical mask to wear.

We taught employees and patients and visitors proper cough and sneeze hygiene. How to cover the mouth, nose and how to handle handkerchiefs. Most people used to use them multiple times. Hygienic habits were not the best. To all patients we gave masks before entering any health-care facility.

Use of PPE: The rational and correct use of PPE reduces exposure to pathogens. The effectiveness of PPE strongly depends on: staff training on putting on and removing PPE; prompt access to sufficient supplies; appropriate hand hygiene; health worker compliance; regular monitoring and feedback.

In nursing homes PPE was not easily available and employees did not have sufficient knowledge about proper use. No water-repellent coats, FFP2 and FFP3 masks were available. Nothing could be bought. At the beginning of the epidemic, PPE was used excessively and unnecessarily. Not all employees had appropriate work clothes. Most had tops which they could only put on over their heads. In nursing homes, they had work clothes that were not washable at more than 60 °C and they had only one or two, so couldn't change every day and took them home to wash. All this was inappropriate. First, nursing homes had to buy enough appropriate clothes. Through almost all nursing homes in Slovenia expert nurses performed education organized by order of the Ministry of health and Nurses and Midwives Association of Slovenia. They talked about COVID-19, prevention measures, with practical classes of hand hygiene and proper use of PPE. Those expert nurses are still available for counseling.

Environmental cleaning

It is important to ensure that cleaning and disinfection procedures are followed consistently and correctly. All surfaces in health-care facilities should be routinely cleaned and disinfected, especially high-touch surfaces. In settings where suspected or confirmed COVID-19 patients are admitted, frequency depends on type of patient areas and surfaces. Effective cleaning: clean surfaces thoroughly with water and detergent; apply a disinfectant solution (for COVID-19, either 0.1% sodium hypochlorite or 70-90% ethanol are effective, in large spills of blood or body fluids, a concentration of 0.5% sodium hypochlorite should be used); contact time of a minimum of 1 minute is recommended for ethanol, chlorine-based products and hydrogen peroxide $\geq 0.5\%$; disinfectant residue may be rinsed off with clean water if required; medical devices and equipment, laundry, food service utensils and medical waste should be managed in accordance with safe routine procedures.

In Slovenia, cleaning and disinfection of the patient's environment in health care institutions is carried out, but is not everywhere of the same quality. Some institutions have outsourcers. Educating these employees is extremely difficult. The cleaners play a very important role. Disinfectants could not be purchased. Some institutions did not have stocks. The biggest problem was the separation of clean and unclean paths. Hospitals mostly have clean and unclean paths separated very well, but nursing homes do not. Through education in nursing homes employees of cleaning services learned a lot about preventive measures.

Waste management

Health-care waste produced during the care of patients with suspected or confirmed COVID-19 is considered to be infectious and should be collected safely in clearly marked lined containers and sharp safe boxes. To safely manage health-care waste: assign responsibility and adequate human and material resources to segregate and dispose of waste; treat waste preferably on-site, if waste is moved off-site, it is critical to understand where and how it will be treated and disposed; use appropriate PPE (boots, long-sleeved gown, heavy-duty gloves, mask, and goggles or a face shield) while managing infectious waste; prepare for increases in the volume of infectious waste during the COVID-19 outbreak, especially through the use of PPE.

Waste separation is very important too at the time of coronavirus and employees needed to be instructed on waste and laundry handling. Health-care waste produced during the care of patients with suspected or confirmed COVID-19 was considered to be infectious and it was collected safely in clearly marked lined containers. In nursing homes waste was collected in two bags. The volume of infectious

waste increased during the COVID-19. Infectious waste is very expensive to process and dispose. In hospitals laundry washing is outsourced, and we had problems retrieving laundry, because it was lost or very late in return.

Spatial separation and physical barriers

Spatial separation of at least 1 metre should be maintained between patients at all times. Both spatial separation and adequate ventilation can help to reduce the spread of many pathogens in the health-care facility. Use of physical barriers such as glass or plastic windows can also reduce health workers' exposure to the COVID-19 virus.

In Slovenia patients were hospitalized at a distance of more than 1m. In nursing homes, this distance was not appropriate (was less than a meter). There were also lots of problems with the proper distance in the waiting rooms. The most difficult thing was to teach the patients to stand at a distance of 1.5 m when entering the health institutions or wait for a doctor. Patients also came to the doctors' appointment 1 hour before time and did not understand they have to be on time. We let them in the facilities only 5 minutes before appointment and they had to go straight to the doctor. The rooms had to be ventilated every hour for 10 minutes. The use of air conditioners was not allowed (we had a case of vertical COVID-19 transfer on wards due to the air conditioning).

Laboratory testing for COVID-19 detection

It was initially necessary to wait 12 to 24 hours for the test results on COVID-19, which posed a great risk of transmission in that time window. In April 2020 we organized mobile teams to take swabs. The time until the result was shortened to 4 hours. After the epidemic was cancelled, that time was again extended to more than 12 hours. It also took too long to wait for a swab results (some patients had to wait two days to take swabs and additional 2 days to get results) - capacities were too full. Laboratories could not check all contacts of positive persons, because could not manage when numbers of positive persons raised.

Conclusion

In this time, when we are still struggling with COVID-19 epidemic, all health care professionals including nurses learned a valuable lesson. We learned where our health care systems are fragile. Despite the knowledge we have and which nurse experts share among employees, there are still problems due to a lack of staff and, more recently, material. Despite difficult times, people are supportive and show belonging to the profession, despite the fact that pay is not appropriate for work done. A unique experience of working in nursing during COVID-19 is also for students, who in many places voluntarily and on their own initiative get involved and perfectly connect theory with practice.

Literature

- CDC, n.d., How to Protect Yourself & Others, Available at: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/prevent-getting-sick/prevention.html>.
- COVID-19 Infection Prevention and Control, n.d., (available at: https://www.who.int/docs/default-source/wrindia/sameeksha/covid-ipc-sameeksha-vol-2.pdf?sfvrsn=efb14632_2).
- COVID-19 pandemic in Kazakhstan, n.d., Available at: https://en.wikipedia.org/wiki/COVID-19_pandemic_in_Kazakhstan [Accessed: 7 October, 2020].

- Coronavirus disease (COVID-19): Prevention and risks, n.d. Available at: <https://www.canada.ca/en/public-health/services/diseases/2019-novel-coronavirus-infection/prevention-risks.html>.
- Pandemija koronavirusne bolezni 2019 v Sloveniji, n.d. Available at: https://sl.wikipedia.org/wiki/Pandemija_koronavirusne_bolezni_2019_v_Sloveniji [Accessed: 7 October, 2020].
- WHO, n.d., Coronavirus disease (COVID-19) advice for the public: When and how to use masks. Available at: https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public/when-and-how-to-use-masks?gclid=Cj0KCQjwyJn5BRDrARIsADZ9ykGnNNUu093oM7nppRMZyBHOCQgh4AMg2OhcT9eM76OAcnugyLEQ7rgaAr9UEALw_wcB.
- WHO, n. d.; Timeline of WHO's response to COVID-19, n.d. Available at: <https://www.who.int/news-room/detail/29-06-2020-covidtimeline> [Accessed: 7 October, 2020].
- WHO, 2020. Infection prevention and control during health care when coronavirus disease (COVID-19) is suspected or confirmed. Available at: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-IPC-2020.4>.

Мейіргер ісіндегі өзгерістер үшін көшбасшылық

Галина Векленко

М.Ғ.К.,

Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан медицина университеті, Қазақстан,
veklenko@zkgmu.kz

Газиза Смағұлова

М.Ғ.К.,

Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан медицина университеті, Қазақстан,
smagaziza@gmail.com

Түйіндеме. Мейіргерлер дәрігердің пациентпен қызмет аясынан тыс қалған күтімнің және өзара әрекеттесудің түрлерін жүзеге асыра отырып, емдеу процесіне дербес және айтарлықтай әсер ететін қызметпен айналысады. Бұл қызметтің маңызы диагноз қоюдан, емдеу тактикасын белгілеуден және оны жүзеге асыру процесінен кем емес. Төмендегі мақалада мейіргер ісінің рөлінің нығайып дамуда көшбасшылықтың маңызы ашып көрсетілген.

Кілт сөздер: мейіргер ісіндегі көшбасшылық, мейіргер ісі, Қазақстандағы реформалар

Кіріспе

Қазақстанның денсаулық сақтау саласын дамытудың 2016-2019 жылдарға арналған «Densaulyk» бағдарламасы мейіргер ісіне қатысты бірнеше проблемалық салаларды қамтиды:

- әртүрлі деңгейлерде мейіргерлердің жетіспеушілігі;
- мейіргерлерді даярлау үшін лайықсыз білім беру бағдарламалары, әсіресе мейіргерлік процесті ұйымдастыру саласында;
- зерттеудің қанағаттанарлықсыз тәжірибелік маңыздылығымен төмен зерттеу қызметі;
- ЖОО-да жоғары мейіргерлік білімі бар оқытушылардың болмауы.

Мейіргерлер оқытушыларының басым көпшілігі - дәрігерлер. Оқытушылардың тек қана 4%-ында мейіргер дипломы бар. Бұл мейіргерлік процесті ұйымдастырудағы қателіктерге әкеледі және қоғамда мейіргер мамандығына қызмет көрсетуші, қосалқы қызмет ретіндегі көзқарасты нығайтады (Мейіргер ісін дамытудың 2020 жылға дейінгі кешенді жоспары).

Қазақстанда денсаулық сақтауды ұйымдастырудың дәстүрлі тарихи парадигмасы патерналистік сипатқа ие, оған сәйкес дәрігер жоғары медициналық білімге ие болып, басқаларға қарағанда пациентке не қажет екенін жақсы біледі және түсінеді, ал емдеу процесіне қатысушылардың диагностика процесі, пациенттің жағдайын бағалау, емдеу тактикасы және осы күрделі көп сатылы процестің әр кезеңіндегі пациенттің мұқтаждықтары мен қажеттіліктерін анықтау туралы пікірі (оның ішінде пациенттер мен мейіргерлер) оны тіпті мазаламады (<https://www.icn.ch/>).

Алайда, бүгінде әлемдегі денсаулық сақтау қызметтерін ұйымдастыру жүйесіндегі жағдай айтарлықтай өзгерді. Бұл бірқатар объективті себептерге байланысты мүмкін болды:

1. Медицина ғылымды қажетсінетін және жоғары технологиялы болды. Дәрігер енді «барлығын және әр жерде» бақылай алмайтын күйде.
2. Көптеген елдердің нормативтік-құқықтық базасында, сондай-ақ пациент азаматтардың құқықтарына байланысты халықаралық заңнамада елеулі өзгерістер болды. Пациент өз емдеу процесінің сөзсіз тең қатысушысы ретінде қарастырыла бастады.

3. Ақпаратқа, ең алдымен ғылыми-көпшілік, сонымен қатар белгілі бір салада мамандандырылған, медициналық, оның ішінде пациенттерге күтім жасау мәселелеріне қатысты ақпаратқа қолжетімділік теңдесі жоқ мүмкіндікке айналды. Бұл пациенттерді әрдайым шынайы қолжетімді ақпаратпен қамтымаса да, оларды «тартуға» жағдай жасады, сонымен қатар мейіргерлер ортасындағы коммуникацияларды едәуір арттырды.
4. Мейіргерлер қызметкерлердің рөлі туралы түсінік түбегейлі өзгерді:
 - мейіргерлік процес өзінің кезеңдері мен ерекше белгілері бар дәрігерлерден едәуір автономды деген түсінік пайда болды;
 - мейіргерлік сырқатнама енгізілді;
 - мейіргерлік персонал қызметіндегі менеджерлік функциялардың көлемі айтарлықтай өсті (www.nursingnow.org).

Мейіргерлер дәрігердің пациентпен қызмет аясынан тыс қалған күтімнің және өзара әрекеттесудің түрлерін жүзеге асыра отырып, «кенеттен» олар емдеу процесіне дербес және айтарлықтай әсер ететін қызметпен айналысатынын анықтады. Бұл қызметтің маңызы диагноз қоюдан, емдеу тактикасын белгілеуден және оны жүзеге асыру процесінен кем емес. Пациенттерде олардың сырқатына байланысты туындайтын проблемалар (әлеуметтік бейімсіз болу, «патологиялық қорғаныс» ішіндегі өзін-өзі оқшаулау, үмітсіздік, мазасыздық, өзіне-өзі қол жұмсау қаупіне дейінгі апатия, қорқыныш, коммуникацияның бұзылуы, өмірлік белсенділіктің шектелуі және т.б.) олардың салдары бойынша бастапқы патологиялық процесстен мүлдем кем болмауы мүмкін (www.nursingnow.org).

Негізгі бөлім

Дәрігердің қызмет аясы және оның кәсіби дағдылары проблемалардың осы шеңберін анықтауға, тіпті оларды шешу стратегиясын белгілеуге жиі түрде мүмкіндік бермейді. Түп соңында медициналық көмек көрсету нәтижесі жалпылай бағаланатындықтан, дәрігер мен мейіргердің тиісті өзара әрекеттесуінің болмауы (медициналық бақылаудың ықтимал тактикасын бірлесіп талқылауды қоса алғанда) емдеу-диагностикалық процестің тиімділігін объективті де, субъективті де түрде (пациенттің өзін-өзі бағалауы бойынша) төмендетуі мүмкін (<http://www.nursingnow.org/>). Жағдайды тек парадигманың ауысуы ғана өзгерте алады. Мейіргер тек дәрігердің көмекшісі ғана емес, сондай-ақ емдеу-диагностикалық процестің белсенді қатысушысы болуы керек. Бұл үшін дайындықты жетілдіру, мейіргерлердің құқықтары мен жауапкершілік аясын кеңейту бағытында нормативтік-құқықтық базаны қайта қарау және тиісті әдістемелік қамтамасыз ету, дәрігерлердің де, орта персоналдың да, сайып келгенде – жалпы қоғамның да менталитетін өзгерту бойынша жоспарлы жұмыс жүргізу қажет (Н. Г. Петрова және қосавт. 2013).

Ал біздің жағдайымыз қандай? Бүгінгі таңда біздің елімізде, өкінішке орай, мүлдем басқа жағдай әлі де сақталуда. Қазіргі уақытта Қазақстанда мейіргер ісіне анағұрлым көп көңіл бөлінетініне қарамастан, бұл әлі де ғылымнан, қазіргі заманғы медициналық технологиялардан едәуір артта қалуда, ал ең бастысы – мейіргерлер персоналының тапшылығы жыл сайын өсіп келеді, ал мамандықтың беделі – төмендеуде. Мейіргерлер кадрларын бөлуде айтарлықтай сәйкессіздік, атап айтқанда, олардың амбулаториялық-емханалық мекемелерде өткір жетіспеушілігі байқалуда.

Ұзақ мерзімді кәсіби дайындыққа қарамастан, үлкен жұмыс тәжірибесі бар мейіргерлерде мол тәжірибенің болуы, олардың пациентті бақылаудың ықтимал тактикасын таңдау туралы пікірі мен көрінісі жиі түрде ешкімді қызықтырмайды. Сонымен қатар, жоғары мейіргерлік білім туралы диплом алу, өкінішке орай, мейіргердің лауазымдық жағдайына және оның кәсібінің маңыздылығына аз әсер етеді. Бұдан басқа, бұл психологиялық проблемалардың қалыптасуына әкеледі, командада жұмыс істеуді қиындатады, мамандықпен қанағаттанбау және немқұрайлық сезімін тудырады. Қазіргі уақытта қалыптасқан жағдай әлемнің әр түпкірінде дерлік кеңінен таралған мейіргерлік процестің тұжырымдамасын және оның бес негізгі кезеңін тиісті дәрежеде іске асыруға мүмкіндік бермейді.

Біз не істеуіміз керек? Бұл сұраққа Қазақстанның Денсаулық сақтау министрлігі мәлімдеген мейіргер ісі реформасының кейбір нәтижелері белгілі бір дәрежеде жауап береді: еуропалық деңгейге сәйкес мейіргерлердің білімі, күтім жасау тәжірибесі мен ғылым; медициналық колледждер мен жоғары оқу орындарының адами және институционалдық әлеуетін нығайту; белгіленген халықаралық стандарттарға сәйкес мейіргерлік қызмет көрсетуді басқару жүйесі. (Мейіргер ісін дамытудың 2020 жылға дейінгі кешенді жоспары).

Әлемдік тәжірибе: медициналық мекемелерде күтім жасау процесін ұйымдастыруда басты рөл атқара бастағаны үшін дәрігерлердің, әртүрлі деңгейдегі медициналық ұйымдар басшыларының және мейіргер ісі менеджерлерінің функцияларын қайта бөлмеусіз мүмкін емес екенін көрсетуде. Ал бұл мейіргерлік ортадағы көшбасшылық құзіреттіліктің артуынсыз мүмкін емес. Оған қоса, басшылық буыны арасында ғана емес, сонымен қатар практикалық денсаулық сақтаудың бастапқы мейіргерлік буынында. Өзгерісті кезеңге қағида бойынша әкелетін, «Ұлы белес» деп саналатын сәт басталады, оны бастан кешіп мейіргер қызметі өзге, жаңартылған мазмұнға және мағынаға ие болады.

250 респондент қатысқан ProInCa ЭРАЗМУС+ «Медициналық қызметтерге ауысу кезінде мейіргер ісі саласындағы жоғары білім берудің инновациялық әлеуетіне жәрдемдесу» халықаралық жобасы шеңберінде біздің фин әріптестерімен бірлесіп жүргізген «Көшбасшы мейіргерлердің басқарушылық құзыреттерін зерттеу» (2018 ж.), Қазақстанның денсаулық сақтау мекемелерінде мейіргерлерде қазіргі заманғы көшбасшылық құзыреттердің көбінесе болмауын және мейіргерлік көшбасшылық пен мейіргерлік практиканы жаңғыртуда практикалық денсаулық сақтау және білім беру органдарының өзара әрекеттесуінің жеткіліксіздігін анықтады. Зерттеу нәтижелері бойынша халықаралық шеберлік кластары мен семинарлар өткізілді, Мейіргер ісін жетілдірудің ұйымдастырылған орталығы сайтында орналастырылған оқыту материалдары әзірленді, ProInCa сайтында көшбасшылық жөніндегі блогтар орналастырылды. Осылай, блогтардың бірінде Ақтөбе қ. көпбейінді ауруханасының терапевтік бөлімшесінің аға мейіргері Жанна С. мейіргер ісін реформалаудағы күмәндар мен сол уақыттағы сенімдер және Қазақстанда мейіргер рөлінің өсіп келуі, осы процестің қажеттілігі және оны жүзеге асыру үшін жағдайлар туралы жазады.

Қорытынды

Бүгінгі таңда күрделі ұйымдастырушылық-функционалды құрылымы бар заманауи медициналық ұйымды басқару үшін дәрігерлердің, тіпті басшылардың арнайы білімі мен дағдылары жеткіліксіз. Мейіргерлік қызметті басқару саласындағы мамандар кәсіптік даярлау процесінде осындай білімді, оған қоса оның сан алуанын алуы тиіс, сол арқылы Қазақстанда

мейіргер ісін реформалауды қамтамасыз етеді. Мұндай талаптарды іске асыру тек жаңа көшбасшылық және басқарушылық құзыреттері бар мейіргерлер буынын тәрбиелеу арқылы мүмкін болады.

Білім беру мекемелері (жоғары колледждер мен жоғары оқу орындары) барлық деңгейдегі мейіргер ісін реформалауды қолдай отырып, осы процесте негізгі рөл атқарады. Бүгінгі таңда мейіргер ісінің алдыңғы тәжірибесі негізінде дағдыларды жақсарту және құзыреттіліктерді одан да жоғары деңгейге арттыру үшін оқытудың икемді мүмкіндіктері бар.

Көшбасшылық Қазақстан Республикасында мейіргер ісін дамытудың кешенді жоспарында сипатталған мейіргер ісін жаңғыртудың негізгі компоненті және реформалаудың қажетті шарты ретінде қарастырылады.

Қазақстан мейіргерлерге білім беру реформасымен бірге медициналық ұйымдар қызметінің жаңа тетіктері енгізіледі, сондай-ақ іргелі және қолданбалы мейіргер ғылымы негізінде мейіргер күтімнің заманауи әдістері әзірленеді деп жоспарлауда.

Лидерство для изменений в сестринском деле

Галина Векленко

К.М.Н.,

Западно-Казахстанский медицинский университет им. Марата Оспанова, Казахстан,
veklenko@zkgmu.kz

Газиза Смагулова

К.М.Н.,

Западно-Казахстанский медицинский университет им. Марата Оспанова, Казахстан,
smagaziza@gmail.com

Резюме

Медицинские сестры занимаются деятельностью, которая влияет на лечебный процесс самостоятельно и значительно, осуществляя те виды ухода и взаимодействия с пациентом, которые остаются за пределами сферы деятельности врача. И эта деятельность не менее важна, чем процесс постановки диагноза, определения тактики лечения и его воплощения в жизнь. Проблемы, возникающие у пациентов в связи с их заболеванием (социальная дезадаптация, самоизоляция внутри «патологического кокона», отчаяние, тревожность, апатия вплоть до угрозы суицидального поведения, страх, нарушение коммуникаций, ограничения жизнедеятельности и пр.), по своим последствиям могут быть ничуть не менее значимыми, чем первоначальный патологический процесс. В статье раскрывается влияние лидерства на развитие и укрепление роли сестринского дела.

Ключевые слова: лидерство в сестринском деле, сестринское дело, Казахстан, реформы

Введение

Программа развития здравоохранения Казахстана «Densauylk» на 2016-2019 годы содержит несколько проблемных областей, имеющих отношение к сестринскому делу:

- нехватка медсестер на разных уровнях;
- неадекватные образовательные программы для подготовки медицинских сестер, особенно в области организации сестринского процесса;
- низкая исследовательская деятельность с неудовлетворительной практической значимостью исследований;
- отсутствие преподавателей в ВУЗе с высшим сестринским образованием.

В абсолютном большинстве учителя медицинских сестер — это врачи. Только 4% преподавателей имеют диплом медсестры. Это приводит к перекосам в организации сестринского процесса и закрепляет отношение к сестринской специальности в обществе как к обслуживающей, второстепенной деятельности. (Комплексный план развития сестринского дела до 2020 года).

Традиционная историческая парадигма организации здравоохранения в Казахстане носит патерналистский характер, согласно которому врач, имея высшее медицинское образование, лучше всех остальных знает и понимает, что необходимо пациенту, и мнение остальных участников лечебного процесса по поводу процесса диагностики, оценки состояния пациента, тактики лечения и определения нужд и потребностей пациента на каждом этапе этого сложного многоэтапного процесса (в том числе пациентов и медицинских сестер) его, по большому счету, не волновало (<https://www.icn.ch/>).

Однако сегодня ситуация в системе организации служб здравоохранения в мире значительно изменилась. Это стало возможным в силу ряда объективных причин:

1. Медицина стала наукоемкой и высокотехнологичной. Врач уже просто не в состоянии контролировать «всё и вся».
2. Произошли значительные изменения в нормативно-правовой базе многих стран, а также в международном законодательстве, связанные с правами граждан-пациентов. Пациент стал рассматриваться как бесспорный равноправный участник собственного лечебного процесса.
3. Доступ к получению информации, прежде всего научно-популярной, но и узкоспециальной, медицинской, в том числе касающейся вопросов ухода за пациентом, стал просто беспрецедентным. Это не только «образовало» пациентов, пусть и далеко не всегда снабжая их достоверной доступной информацией, но и значительно повысило коммуникации в сестринской среде.
4. Представления о роли сестринского персонала кардинально изменились:
 - появилось понимание сестринского процесса как достаточно автономного от врачей, имеющего свои этапы и отличительные особенности;
 - была внедрена сестринская история болезни;
 - существенно вырос объем менеджерских функций в деятельности сестринского персонала (www.nursingnow.org).

Сестры «вдруг» обнаружили, что занимаются деятельностью, которая влияет на лечебный процесс самостоятельно и значительно, осуществляя те виды ухода и взаимодействия с пациентом, которые остаются за пределами сферы деятельности врача. И эта деятельность не менее важна, чем процесс постановки диагноза, определения тактики лечения и его воплощения в жизнь. Проблемы, возникающие у пациентов в связи с их заболеванием (социальная дезадаптация, самоизоляция внутри «патологического кокона», отчаяние, тревожность, апатия вплоть до угрозы суицидального поведения, страх, нарушение коммуникаций, ограничения

жизнедеятельности и пр.), по своим последствиям могут быть ничуть не менее значимыми, чем первоначальный патологический процесс. (www.nursingnow.org).

Сфера деятельности врача и его профессиональные навыки часто не позволяют выявить весь этот круг проблем, тем более наметить стратегию их разрешения. А поскольку в конечном итоге оценивается результат оказания медицинской помощи в целом, отсутствие должного взаимодействия (включая совместное обсуждение возможной тактики медицинского наблюдения) врача и медицинской сестры может как объективно, так и субъективно (по самооценке пациента), снизить эффективность лечебно-диагностического процесса (<http://www.nursingnow.org/>). Изменить ситуацию может только изменение парадигмы. Медицинская сестра должна стать не только и не столько помощником врача, сколько активным участником лечебно-диагностического процесса. Для этого необходимо совершенствование подготовки, пересмотр нормативно-правовой базы в сторону расширения прав и сферы ответственности медицинских сестер и соответствующее методическое обеспечение, плановая работа по изменению менталитета и врачей, и среднего персонала, а в конечном итоге - общества в целом (Петрова Н.Г. и соавт, 2013).

А что же у нас? Сегодня в нашей стране, к сожалению, все еще сохраняется совершенно иная ситуация. Несмотря на то, что сестринскому делу в Казахстане в настоящее время уделяется гораздо больше внимания, оно все еще значительно отстает от науки, современных медицинских технологий, а самое главное - дефицит сестринского персонала с каждым годом только нарастает, а престижность профессии - падает. Наблюдается существенная диспропорция в распределении сестринских кадров, в частности острая нехватка их в амбулаторно-поликлинических учреждениях.

Несмотря на длительную профессиональную подготовку, часто значительный опыт у медицинских сестер с большим стажем работы, их мнение и представление о выборе возможной тактики наблюдения за пациентом практически никого не интересуют. Мало того, получение диплома о высшем сестринском образовании, к сожалению, мало влияет на должностную позицию медсестры и значимость ее профессии. Кроме всего прочего, это ведет к формированию психологических проблем, затрудняет работу в команде, вызывает неудовлетворенность специальностью и чувство выгорания. Сложившаяся в настоящее время ситуация не позволяет в должной мере реализовать ставшую практически повсеместной в мире концепцию сестринского процесса и пяти его основных этапов.

Что же нам делать? На этот вопрос в некоторой степени отвечают заявленные Министерством здравоохранения Казахстана некоторые результаты реформы сестринского дела:

- образование медсестер, практика ухода и наука в соответствии с европейским уровнем;
- укрепление человеческого и институционального потенциала медицинских колледжей и вузов;
- системы управления сестринским обслуживанием в соответствии с установленными международными стандартами. (Комплексный план развития сестринского дела до 2020 года).

Мировой опыт показывает: без перераспределения функций врачей, руководителей медицинских организаций разного уровня и менеджеров сестринского дела с тем, чтобы последние стали играть основную роль в организации процесса ухода в медицинских учреждениях, не обойтись. А это невозможно без возрастания лидерских компетенций в

сестринской среде. Причем не только среди руководящего звена, но и в первичном сестринском звене практического здравоохранения. Наступает момент, который по праву может считаться переломным, своеобразный «Великий перевал», преодолев который сестринская деятельность получит иное, обновленное содержание и смысл.

Проведенное нами совместно с финскими коллегами «Исследование управленческих компетенции медсестер-лидеров» (2018г.) в рамках международного проекта «Содействие инновационному потенциалу высшего образования в области сестринского дела во время перехода на медицинские услуги» ProInCa ЭРАЗМУС+, в котором приняли участие 250 респондентов, выявило часто отсутствие современных лидерских компетенций медицинских сестер в учреждениях здравоохранения Казахстана и недостаточное взаимодействие органов практического здравоохранения и образования в модернизации сестринского лидерства и сестринской практики. По результатам исследования проводились международные мастер-классы и семинары, разработаны обучающие материалы, размещенные на сайте организованного Центра совершенствования сестринского дела, размещались блоги по лидерству на сайте ProInCa. Так, в одном из блогов старшая сестра терапевтического отделения многопрофильной больницы г.Актобе Жанна С., пишет о сомнениях и одновременно надеждах на реформирование сестринского дела и возрастание роли медицинской сестры в Казахстане, о необходимости этого процесса и условиях для его осуществления.

Для управления современной медицинской организацией, которая сегодня имеет настолько сложную организационно-функциональную структуру, что уже недостаточно специальных знаний и навыков, которыми обладают врачи, даже руководители. Такие знания, причем самые разнообразные, должны получить в процессе профессиональной подготовки специалисты в области управления сестринской деятельностью, тем самым обеспечив реформирование сестринского дела в Казахстане. Такие претензии воплотить в жизнь реально только воспитав поколение медицинских сестер с новыми лидерскими и управленческими компетенциями.

Образовательные учреждения (высшие колледжи и вузы) играют в этом процессе ключевую роль, поддерживая реформу сестринского дела на всех уровнях. Сегодня предоставляются гибкие возможности обучения, чтобы улучшить навыки и повысить компетенции до более высокого уровня на основе предыдущего опыта медсестер.

Лидерство рассматривается как ключевой компонент модернизации и необходимое условие реформирования сестринского дела, описанной в Комплексном плане развития сестринского дела в Республике Казахстан.

Казахстан планирует, что вместе с реформой образования медсестер будут введены новые механизмы деятельности медицинских организаций, а также разработаны современные методы сестринского ухода на основе фундаментальной и прикладной сестринской науки.

Nursing leadership for change

Galina Veklenko

Candidate of Sciences in Medicine

Marat Ospanov West Kazakhstan Medical University, Kazakhstan, veklenko@zkgmu.kz

Gaziza Smagulova

Candidate of Sciences in Medicine

Marat Ospanov West Kazakhstan Medical University, Kazakhstan, smagaziza@gmail.com

Abstract

Nurses engage in activities that affect the treatment process independently and significantly, providing those types of care and interaction with the patient that remain outside the scope of the doctor. And this activity is no less important than the process of making a diagnosis, determining the course of treatment and its implementation. Problems arising in patients due to their illness (social maladjustment, self-isolation within the "pathological cocoon", despair, anxiety, apathy up to the threat of suicidal behavior, fear, impaired communication, limitation of life, etc.) are no less significant than the initial pathological process. The article reveals the influence of leadership on the development and strengthening of the role of nursing.

Keywords: leadership in nursing, nursing, Kazakhstan, reforms

"Densaulyk" Program for Development of Healthcare of Kazakhstan for 2016-2019 contains several problem areas concerning the nursing:

- lack of nurses on different levels;
- inadequate educational programs for nursing training, especially in the field of arrangement of nursing process;
- low exploratory activity with unsatisfactory practical significance of researches;
- absence of teachers in universities with higher nursing education.

Mainly, nursing teachers are doctors. Only 4% of teacher shave nursing diploma. This results in imbalance in arrangement of the nursing process and fortifies attitude to the nursing profession in the society as maintenance, auxiliary activity (Comprehensive Plan of Nursing Care Development in the Republic of Kazakhstan till 2020).

Conventional historical paradigm of healthcare arrangement in Kazakhstan is of paternalistic nature according to which ... doctor having a higher education knows and understands better than anyone other what a patient needs and he did not care mostly of other treatment process participants' opinions concerning diagnostics process, evaluation of a patient's condition, treatment strategy and determination of a patient's needs and necessities at each stage of this complex multi-stage process (including those of patients and nurses) (<https://www.icn.ch/>).

However, today the situation in the system of arrangement of healthcare services worldwide changed significantly. This is now possible due to a range of objective reasons:

1. Healthcare became science-driven and technology-intensive. A doctor now is not able to control all and everybody.

2. Significant changes in the legal framework of many countries, as well as in international legislation related to patients' civil rights. A patient is now considered as a certain equal participant in his own treatment process.
3. Access to information, first of all popular science, but also highly-specialized, medical, including those related to the issues of patient care became just unprecedented. This not only "formed" patients, though not in every instance supplying with true available information, but also significantly increased communications in nursing environment.
4. Perceptions of the role of nursing personnel dramatically changed:
 - understanding of the nursing process appeared as a sufficiently autonomous one from doctors and having their stages and differential characteristics;
 - nursing clinical history was introduced;
 - volume of managerial functions in the activity of nursing personnel significantly grew (www.nursingnow.org).

Nurses "suddenly" found that they are engaged in the activities having an impact on the treatment process independently and significantly carrying out the types of care and cooperation with a patient which remain beyond a doctor's duties. And these activities is equally important as the process of diagnosing, determination of a treatment strategy and implementation thereof. The problems arising at patients due to their diseases (social maladaptation, self-isolation inside the "pathological cocoon", despair, anxiety, apathy to the extent of threat of suicidal behavior, fear, disruption of communications, limitation of vital functions etc.) may not be a bit less significant than the primary pathological process in their consequences. (www.nursingnow.org).

A doctor's duties and professional skills does not often allow to detect this entire circle of problems, moreover trace the strategy of their solution. And because the result of delivering medical help in general is assessed eventually, absence of the proper cooperation (including joint discussion of possible strategy of medical monitoring) of a doctor and a nurse may be both objective and subjective (according to a patient's self-evaluation) degrade the effectiveness of treatment and diagnostic process (<http://www.nursingnow.org/>). Only change of the paradigm can improve the situation. A nurse must be not only a doctor's assistant, but also an active participant of the treatment and diagnostic process. For this end, improvement of training, revision of legal framework toward extending nurses' rights and range of responsibilities and appropriate methodological support, planned work on change of mindset of doctors, mid-level professionals and eventually – society in general. (Petrova, et al., 2013).

And what do we have? Today, in our country, a completely different situation unfortunately persists now. Despite the fact that the nursing in Kazakhstan now is paid much more attention, it still significantly trails behind the science of modern medical technologies and ultimately – the deficit of nursing personnel only builds up year by year, and the prestige value of the profession falls down. Significant disproportion in distribution of the nursing staff is observed, particularly acute shortage thereof in outpatient clinics.

In spite of long professional training, often substantial experience of the nurses having a long record of service, no one cares of their opinion and understanding of selection of possible strategy of patient follow-up. In addition, diploma of a higher nursing education unluckily has insignificant impact on the nurse's function and importance of her profession. On top of that, these results inform psychological problems, troubles team work, causes dissatisfaction in the profession and burnout. Current situation does not ensure to implement the concept of the nursing process which became actually widespread and five of its basic stages as far as is necessary.

What can we do? Some results of reforming the nursing reported by the Ministry of Healthcare of the Republic of Kazakhstan answer this question in some degree:

- nurses' education, care practice and science in accordance with the European level;
- strengthening of human and institutional potential of medical colleges and universities;
- systems of nursing care management in accordance with the established international standards (Comprehensive Plan of Nursing Care Development in the Republic of Kazakhstan till 2020).

Global experience shows that it is important to re-distribute functions of doctors, healthcare managers of different levels and nursing managers in order for the latter to start to play the basic role in the arrangement of care processes in clinics. And this is impossible without the growth of leadership competences in the nursing environment. Notably, not only among senior management, but in the primary nursing level of practical healthcare. The moment which rightly can be deemed to be life-changing, sort of "Great passage" is coming and having over passed this moment the nursing activities will obtain other, renewed content and meaning.

"Research of leading nurses' managerial competences" conducted by us together with Finnish colleagues (2018) within "Assistance to innovational potential of higher education in the field of the nursing during transmission to the medical services" ProInCa ERASMUS international project involved 250 respondents detected often absence of modern leadership competences among nurses in clinics. Following the results of the research, international master classes and workshops were held, training documents placed on the web-site of the arranged Center for improvement of nursing were developed, blogs on leadership were posted on the web-site of ProInCa. Thus, chief nurse of the therapeutic unit of multidisciplinary hospital of Aktobe Zhanna S. writes of her doubts and hopes at the same time for reforming the nursing and growth of the nurse's role in Kazakhstan, of the need in this process and conditions for implementation thereof in one of the blogs.

Special knowledge and skills possessed by doctors, even managers is not enough to manage modern healthcare organizations having today rather complex functional organization. Such knowledge, and also the most diverse, must be acquired during the professional training by the professionals in the field of management of nursing, in doing so, having provided reforming nursing in Kazakhstan. Such pretensions to implement thereof are real only having educated a generation of nurses with new leadership and managerial competencies.

Educational institutions (higher colleges and universities) play a key role in this process supporting nursing reform on all the levels. Today, flexible educational opportunities are provided in order to improve the skills and increase the competencies to a higher level based on the nurses' previous experience.

Leadership is considered to be the key component of modernization and the required condition to reform the nursing described in the Comprehensive Plan of Nursing Care Development in the Republic of Kazakhstan.

Kazakhstan is planning that new mechanisms of the activities of healthcare organizations will be introduced together with the nursing educational reform, as well as modern methods for nursing care will be developed based on the fundamental and applied nursing science.

References

- Comprehensive Nursing Development Plan in the Republic of Kazakhstan until 2020. Available at: https://online.zakon.kz/Document/?doc_id=39860292.
- Current nursing. Available at: <https://www.nursingnow.org/nursing-now-programmes/>.
https://online.zakon.kz/Document/?doc_id=39860292.
- International Council of Nurses (ICN). Available at: <https://www.icn.ch/nursing-policy/regulation-and-education>.
- Petrova N. G., Pogosyan S. G., 2013. On the need to change the paradigm of the relationship between doctors and nurses. Nursing. S.35-38.
- Zlobina G. M., Voronova E. A., Zhukov A. E. 2011. Assessment of the readiness of nursing specialists for the implementation of managerial functions. Main nurse. No. 10. pp. 8-11.

Резолюция

«Дәлелді мейіргерлік практика арқылы тиімділік пен сапа» симпозиумының қорытындысы бойынша

Симпозиумда келесі тақырыптар талқыланды

1. Дәлелді мейірбике ісі үшін жағымды мәдениетті қалай құруға болады.
2. Стационар жағдайында студенттік жобалар көмегімен дәлелді тәжірибені жақсарту
3. Мейірбике ісіндегі ең жақсы тәжірибелер: оларды қайдан табуға болады?
4. Клиникалық практикаға дәлелді мейіргерлік практиканы енгізу
5. Мейірбикелік көшбасшылық өзгеріс құралы ретінде
6. МІДО - академиялық ұлттық және халықаралық медбикелер қауымдастығы арасындағы ынтымақтастық және білім алмасу құралы

Өткізілген пікірталас нәтижесінде симпозиумға қатысушылар:

1. Тиімді және сапалы мейірбикелік күтім көрсету үшін медициналық көмек көрсету ұйымдарында практикалық денсаулық сақтау саласындағы әріптестердің идеялары негізінде дәлелді тәжірибелерді енгізу жобаларын ұсыну.
2. Практикалық денсаулық сақтау қажеттіліктерін бірлесіп айқындау, дәлелді тәжірибелерді енгізу жобаларын жоспарлау және іске асыру үшін тәжірибелік денсаулық сақтау мен медициналық жоғары оқу орындарының, жоғары медициналық колледждердің өзара тығыз іс-қимылын ұсыну.
3. Мейірбике ісі факультетінің студенттері мен магистранттарын практикалық денсаулық сақтау ұйымдарында дәлелді мейіргерлік тәжірибені дамыту үшін жақсарту жобаларына белсенді түрде тарту қажет.
4. Магистрлер мен PhD докторлары болып табылатын Мейірбике ісі оқытушыларының клиникалық ортаға интеграциялануы дәлелді тәжірибені дамыту әдістерінің бірі болып табылады және мейірбикелердің академиялық және академиялық емес қоғамдастығы арасында байланыс орнатуға ықпал етеді.
5. Мейірбике ісін дамыту орталығы дәлелді мейірбике практикасы бойынша білім алмасу, академиялық және академиялық емес ұлттық және халықаралық медбикелер қоғамдастықтары арасындағы ынтымақтастықты дамыту және нығайту үшін Ұлттық алаң болып саналады. Колледждер мен жоғары медициналық оқу орындарының мейірбикелерінің, дәлелді мейірбикелік тәжірибе оқытушыларының білімі мен дағдыларын арттыру үшін онлайн платформаны ұсыну.
6. Министрлік өкілдерінің, дәрігерлердің, мейіргерлердің, Мейіргер ісі саласындағы ғалымдардың, медициналық жоғары оқу орындары мен жоғары медициналық колледждер оқытушыларының қатысуымен жыл сайын жеке және ұйымдастырылған мейіргер ісі конференциясы шеңберінде дәлелді мейіргер ісін ілгерілету жөнінде іс-шаралар өткізу.

Резолюция

по итогам симпозиума «Эффективность и качество через доказательную сестринскую практику»

На симпозиуме обсуждены следующие темы

1. Как построить позитивную культуру для доказательной сестринской практики.
2. Улучшение доказательной практики с помощью студенческих проектов в условиях стационара
3. Лучшие практики в сестринском деле: где их найти?
4. Внедрение доказательной сестринской практики в клиническую практику
5. Лидерство в сестринском деле как инструмент перемен
6. ЦРСД -сотрудничество и инструмент обмена знаниями между академическим национальным и международным сообществом медсестер

В результате проведенной дискуссии участники симпозиума постановили:

1. Рекомендовать проведение проектов внедрения доказательных практик на основе идей сотрудников из практического здравоохранения в организациях оказания медицинской помощи для оказания эффективного и качественного сестринского ухода.
2. Рекомендовать тесное взаимодействие практического здравоохранения и медицинских высших учебных заведений, высших медицинских колледжей для совместного определения потребностей практического здравоохранения, планирования и реализации проектов внедрения доказательных практик.
3. Необходимо усиленно вовлекать студентов и магистрантов факультета сестринское дело в проекты улучшения для развития доказательной сестринской практики в организациях практического здравоохранения.
4. Признать, что интеграция преподавателей сестринского дела, являющихся магистрами и докторами PhD в клиническую среду является одним из методов продвижения доказательной практики в клинической среде и способствует установлению связей между академическим и не академическим сообществом медицинских сестер.
5. Считать, что Центр Развития Сестринского Дела является национальной площадкой для обмена знаниями по доказательным сестринским практикам, развития и укрепления сотрудничества между академическими и не академическими национальными и международными сообществами медсестер. Рекомендовать онлайн платформу для повышения знаний и навыков медицинских сестер, преподавателей доказательной сестринской практики колледжей и высших медицинских заведений.
6. Проводить ежегодно единичные и в рамках конференции сестринского дела мероприятия по продвижению доказательного сестринского дела с участием представителей министерства, врачей, медицинских сестер, ученых в области сестринского дела, преподавателей медицинских высших учебных заведений и высших медицинских колледжей.

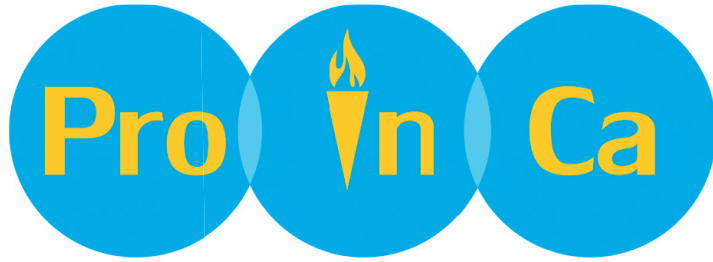
Resolution of symposium "Effectiveness and quality through evidence-based nursing practice"

The following topics were discussed at the symposium:

1. How to build a positive culture for evidence-based nursing practice.
2. Improving evidence-based practice with student projects in hospital
3. Best nursing practices: where to find them?
4. Introducing evidence-based nursing practice into clinical practice
5. Leadership in nursing as a tool for change
6. CNE-collaboration and knowledge-sharing tool between the academic national and international nursing community

As a result of the discussion, the resolution was:

1. Recommend conducting development projects in medical care organizations to implement evidence-based practices based on practical health care ideas to provide effective and quality nursing care.
2. Recommend close collaboration between practical health and medical higher education institutions, higher medical colleges to jointly identify the needs of practical health care, plan and implement projects to implement evidence-based practices.
3. To strengthen the number of nursing students and undergraduates in projects of improvement for the development of evidence-based nursing practices in clinical practice in health organizations.
4. Recognize that the nursing teachers, masters of science in nursing and PhD in nursing must be integrated in the practice in the clinical environment and that this is one of the important ways to promote evidence-based practice in a clinical environment. This also would promote the linkage between the academic and non-academic community of nurses and connect theory with practice.
5. Consider the Center for Nursing Excellence as a national platform for sharing knowledge on evidence-based nursing practices, developing and strengthening cooperation between academic and non-academic national and international nurse communities. Recommend an online platform to enhance the knowledge and skills of nurses, teachers of evidence-based nursing practice of colleges and higher medical institutions.
6. To conduct annual separate specific practical profile-oriented evidence-based practice sharing symposiums and include evidence-based nursing practice sessions as part of the nursing conferences to promote evidence-based nursing with the participation of representatives of the Ministry of Justice, doctors, nurses, nursing scientists, teachers of medical higher education and higher medical colleges.



ProInCa

Promoting the Innovation
Capacity of Higher Education
in Nursing during Health
Services' Transition



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

