

2. Полюшкевич О.А. Семейная история и идентичность // Междисциплинарные ресурсы экономической психологии в формировании этнорегиональной идентичности и позитивного образа малой родины. Материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием. Ответственные редакторы А.Д. Карнышев, В.А. Решетников. Иркутск, ИГУ, 2019. С. 221-228.
3. Полюшкевич О.А. Семейная история как социальная практика // Социология. 2019. № 3. С. 88-92.

УДК 614.253.5:616.379-008.64-053.9-083

Матвейчик Т.В.¹, Терехович Т.И.², Романовский А.А.³

¹Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск, Республика Беларусь

²Республиканский центр медицинской реабилитации и бальнеолечения, г. Минск, Республика Беларусь

³Институт повышения квалификации и переподготовки кадров здравоохранения учреждения образования «Белорусский государственный медицинский университет», г. Минск, Республика Беларусь

РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ: БЕЗОПАСНОСТЬ УХОДА ЗА ПРЕСТАРЕЛЫМИ ПАЦИЕНТАМИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ: ОРИЕНТИР НА КРИТЕРИИ КОМПЕНСАЦИИ В ПРЕДУПРЕЖДЕНИИ ОСЛОЖНЕНИЙ

В статье рассматривается роль медицинской сестры общей практики во вторичной профилактике сахарного диабета 2 типа путем обучения основам диабетологии и особенностям контроля уровня компенсации заболевания.

Ключевые слова: критерии компенсации, медицинская сестра общей практики, престарелый пациент, сахарный диабет, вторичная профилактика.

Matveychik T.V., Tserakhovich T.I., Romanovskiy A.A.

¹Belarusian State Medical University, Minsk, Republic of Belarus

²Republican Center for Medical Rehabilitation and Balneotherapy, Minsk, Republic of Belarus

³Institute of Advanced Training and Retraining of Healthcare personnel of the educational institution "Belarusian State Medical University", Minsk, Republic of Belarus

THE ROLE OF A GENERAL PRACTICE NURSE: SAFETY OF CARE FOR ELDERLY PATIENTS WITH DIABETES MELLITUS: A GUIDELINE FOR COMPENSATION CRITERIA IN THE PREVENTION OF COMPLICATIONS

The article examines the role of a general practitioner nurse in the secondary prevention of type 2 diabetes mellitus by teaching the basics of diabetology and the specifics of controlling the level of compensation for the disease.

Key words: compensation criteria, general practice nurse, elderly patient, diabetes mellitus, secondary prevention.

Актуальность. Прогнозы ООН к 2025 г. свидетельствуют о том, что удельный вес людей старше 60 лет составит 13% населения Земли. К 2050 г. возраст каждого пятого жителя планеты составит 60 лет и старше. Аналогичные тенденции коснулись жителей Республики Беларусь, объяснимые с точки зрения концепции демографического перехода [29].

Система здравоохранения Республики Беларусь руководствуется принципами ООН (резолюция Генеральной Ассамблеи ООН 40/91) в отношении реализации стратегии по обеспечению полноценной жизни лицам преклонного возраста [10; э.р. 1]. В Республике Беларусь разработана Национальная стратегия «Активное долголетие – 2030», в которой определен цель, принципы задачи государственной политики с учетом демографических тенденций и состояния заболеваемости неинфекционными заболеваниями (НИЗ), включая наиболее распространенную – сахарный диабет [5].

Это определяет новую роль медицинских сестер общей практики (далее – МСОП) в наблюдении и уходе за престарелым пациентом с сахарным диабетом 2 типа (СД 2), используя современную адаптационно-ситуативную модель ухода с расширением функций и полномочий [12].

Резолюции ВОЗ за период 1988-2020 гг. подчеркивают ведущую роль медицинских сестер (далее – МС) в решении задач медицинской помощи и повышении ее качества, включая уход [11]. Приоритетом ВОЗ в области здравоохранения по борьбе с неинфекционными заболеваниями (далее – НИЗ) на ближайшее время было избрано направленное образование не только медицинских работников, но и на пациентов с наличием НИЗ [13-15, 26, 27, 30, 31, 33]. Внимание к совершенствованию деятельности МСОП позволяет обеспечивать качество и безопасность медицинской помощи престарелым пациентам с сахарным диабетом 2 типа (СД 2) [8].

Основное внимание государства и международных институтов направлено на совершенствование системы здравоохранения в борьбе с НИЗ (диабет, сердечно-сосудистые заболевания, рак и хронические респираторные заболевания). 80% медицинской помощи сегодня оказывается на амбулаторно-поликлиническом этапе. На участке врача общей практики (далее – ВОП) возрастает роль и ответственность МСОП [6, 14, 20, 21, 31, 32, 33].

Появление терминов «сестринский процесс», «сестринский диагноз», использование новой медицинской аппаратуры и технологий потребовали иного качества знаний МС, которое определяется уровнем профессионального образования [12-14, 22, 24], заставляя МС искать необходимую информацию в профессионально состоятельных источниках.

Анализ существующих моделей сестринского дела выявляет преимущества и недостатки имеющихся, которые оставляют простор думающим МС в применении той или иной модели по синопсированной оперативной ситуации течения болезни у пациента с СД 2 [12, 14].

Будущее медицинской помощи с учетом потребности в долговременном уходе за пациентами свидетельствует о серьезном внимании к обучению компетентных кадров средних медицинских работников с внедрением инновационных технологий в ходе цифровизации здравоохранения [6, 7].

В основных направлениях Концепции развития сестринского дела [21, 28] рекомендована разработка новых организационных моделей ухода и технологий сестринских услуг, предложенная позже [12].

Анализ имеющихся моделей сестринского ухода [12, 14, 17] позволил предложить адаптационно-ситуативную модель, объединяющую имеющиеся модели, но с учетом новых технологий сестринского процесса при уходе за пациентом с СД 2.

Результаты и обсуждение.

Значение предупреждения НИЗ и деятельность медицинских работников по нивелированию факторов риска их развития состоит в осложнениях, приводящих к инвалидности и высокой стоимости лечения лиц, заболевших СД [5, 15, 26], что диктует необходимость совершенствования функций и обязанностей специалистов со средним медицинским образованием [1-3, 13-16, 19, 21, 28, 30, 31-33].

Средняя продолжительность жизни пациентов СД значительно изменилась: в 1921 г. имела место 10-летняя выживаемость, в 2016 г. – 58,5 лет у женщин и 50,3 лет у мужчин. При этом, первичная заболеваемость СД 2 возросла в 5,1 раза (57,84 до 293,43 на 10. тыс. населения за 1995-2017 гг.). Количество пациентов за это же время увеличилось в 3,2 раза, а средняя продолжительность жизни составляет у женщин – 70,1 лет, у мужчин – 58,5 лет. Известен прогноз к 2040 г. – пациентов с СД будет 642 млн., распространенность достигнет 10,4%. В мире в 2015 г. СД страдал каждый 11-й чел, к 2040 г. – будет каждый 10-й.

Статистика возможного предупреждения преждевременной смерти в системе здравоохранения свидетельствует о значительном поле для действий по ее уменьшению: не менее 80% всех болезней сердца, случаев инсульта и диабета, 40% случаев рака.

В этой связи выявляется новая роль МС и помощника врача (далее – Пвр) на участке ВОП в оказании помощи при наблюдении и уходе за пациентом с СД 2. Новая роль МСОП в оказании помощи пациентами с СД 2 обусловлена статистикой, свидетельствующей о том, что среди НИЗ он занимает основное место [5], результатами работы первого в СНГ учебно-реабилитационного центра для пациентов с СД под руководством академика А.С. Аметова, новыми научными исследованиями по диабетологии, включающими основы сестринской педагогики [15].

Возрастающее ежегодно на 5-10% ежегодно число больных СД во всем мире повышает необходимость предупреждения осложнений, выводя значимость вторичной профилактики на новый уровень, в том числе благодаря совершенствованию подготовки МСОП [6, 13, 14].

Известно, что в мире каждый одиннадцатый взрослый болен СД, распространенность в Республике Беларусь – 6,8% после болезней системы кровообращения и онкологических заболеваний и требует сотрудничества первичной медико-санитарной помощи с общественным здравоохранением, а также экономических затратного лечения [5, 26, 27]. Согласно данным 2017 г. расходы на здравоохранение у пациентов с СД в два раза выше и составляют 592,6 долларов США без учета косвенных расходов. Для привлечения внимания к проблеме, возрастания информированности населения о СД и связанных с ним осложнений был учрежден Всемирный день борьбы против диабета (14 ноября). Подобные акции расширяют границы профилактики СД через воздействие на управляемые факторы риска (далее – ФР) (низкая физическая активность, нерациональное питание, курение, зависимости) среди населения на участке ВОП и помогают в мотивации пациентов с управляемыми ФР к поведению, сохраняющему здоровье [1-3, 18, 19, 22, 24, 25; эл.рес.2].

По данным ВОЗ известно, что здоровье человека зависит на 20% от наследственных факторов, на 20% – от условий внешней среды (экологии), на 10% от состояния системы здравоохранения и на 50% от самого человека, его образа жизни. Используя различные методы мотивации пациентов из группы риска по СД, МСОП становятся главными проводниками идеи профилактики СД. Согласно Европейским рекомендациям приоритетом для первичной профилактики являются здоровые лица, у которых имеется высокий риск развития СД из-за комбинации факторов риска.

Для достижения приемлемого качества жизни с СД необходимо осуществлять профилактику не только на популяционном уровне (оздоровление, реабилитация и абилитация всех нуждающихся пациентов), но и предупреждать обострение имеющегося заболевания, т.е. вторичную профилактику.

Абилитация медицинская – это комплекс медицинских услуг, направленных на формирование, развитие и поддержание функций органов или систем организма пациента, а также возможностей и способностей человека, естественное становление которых затруднено. Она обеспечивается в ходе наблюдения на участке ВОП, потребность в ней возрастает, поэтому МСОП следует обучать этим функциям.

Популяционная стратегия (государственные мероприятия) с 1997 года осуществляется в Республике Беларусь с помощью Регистра пациентов «Сахарный диабет», обеспечивая оперативную управления организацией эндокринологической помощи. Массовая профилактика СД предусматривает налаживание рационального питания, повышение физической активности для всей популяции [25], снижение табакокурения, оздоровление окружающей среды, а также компоненты по совершенствованию диспансеризации населения.

Междисциплинарное взаимодействие команды ВОП востребовано в связи с возрастанием заболеваемости СД и наличием ФР у 15-20% населения, особенно обеспечение своевременным офтальмологическим консультированием пациентов с СД согласно протоколам в системе оказания первичной медицинской помощи (далее – ПМП). Роль Пвр и МС в профилактике СД возросла, их работа на участке ВОП состоит в продолжении информирования проживающего здесь населения о ФР и ранних проявлениях СД, определении группы пациентов с высоким риском развития СД и отдельной работы с ней, совместно с общественными ассоциациями помощи в борьбе с СД. Индивидуализация оценки ФР, обучения навыкам самоконтроля, осмысленной оценке прогресса хронических осложнений в «Школе сахарного диабета» (далее – Школа СД), и 1 раз в 3-5 лет повторные курсы обучения способствуют эффективности профилактической деятельности Пвр и МС [15, 28, 32, 33; эл.рес.1].

Смысл состоит в новых технологиях диагностики СД посредством развития генетического тестирования по выявлению моногенных форм СД и более широкому использованию диабет-ассоциированных антител, для чего предстоит продолжить обучение ВОП, Пвр и МС основам диабетологии [13-17]. Ключевое изменение подходов, при котором пациенты получают больше полномочий и возможностей участия в собственном лечении, в котором поддержку оказывают на уровне ПМП, а не только специализированной, помощи, является необходимой чертой здравоохранения и социальной поддержки в XXI веке [12-14].

Профилактическая роль МСОП в осуществлении борьбы с НИЗ обуславливает их новое место в первичной и вторичной профилактике СД в рамках диспансеризации и междисциплинарного взаимодействия, является основой для мотивации пациента на сохранение и укрепление своего здоровья, профилактику осложнений [19, 22-24, 26, 33].

Частота осложнений СД в мире впечатляющая: каждые 12 минут случается инсульт, каждые 15 минут – ампутация конечности, каждые 18 минут – инфаркт миокарда, каждые 30 минут – слепота, каждые 90 минут – у пациента возникает потребность в гемодиализе. Распространенность СД в форме ретинопатии – 30-60%, риск у пациентов с СД I типа в 1,79 раз выше; нефропатии – 20-40% (регистрированная 28,8%, фактическая – 40,1%), полинейропатии – 70-76%.

Подтвержден практикой г. Минска с 1993 г. опыт предупреждения осложнений СД в форме Школы СД [15]. Сестринская педагогика становится обязанностью Пвр и МС, обоснованная деятельностью в 1999-2004 гг. в Республике Беларусь первого в СНГ учебно-реабилитационного центра для пациентов с СД.

Развивая этот опыт вторичной профилактики, академик Аметов А.С. установил, что целью обучения в Школе СД является не передача знаний, а стимуляция мотивации пациента по изменению поведения и привычек, что потребовало долгосрочной пожизненной мотивации с повторными курсами обучения для стойкой компенсации при СД. Это привело к изменению функций Пвр и МС в обучении в Школе СД [6, 7, 21, 28].

Особенности контроля гликемии при уходе МС и Пвр при заболевании пациента преклонного возраста СД 2

Основной целью гериатрической помощи является поддержание на максимально возможном уровне качества жизни пациента с СД 2, находящегося в возрасте старше 65 лет в диапазоне до 80 лет, поэтому обращаем внимание МСОП на особенности контроля уровня гликемии у таких пациентов.

Традиционные общетерапевтические подходы, такие, как достижение коррекций референтных значений ряда показателей гомеостаза, что важно в молодом или среднем возрасте, отходят на второй план. МСОП необходимо в индивидуальном порядке оценивать целесообразность приведения уровня глюкозы в норму, поскольку у пожилых людей велика опасность развития гипогликемических состояний, усиливающих риск развития деменции и падений [2, 3, 15, 16].

Новым в обеспечении вторичной профилактики осложнений СД 2 является овладение МСОП технологией контроля гликемии с помощью новых портативных глюкометров и обучение самоконтролю больных пациентов, адекватной реакции на колебания уровня глюкозы в крови и обоснованных сестринских советов без привлечения ВОП и специализированных служб.

Адекватный контроль СД 2 включает нормализацию (по возможности) или снижение массы тела путем модификации питания и увеличения физической активности, лечение артериальной гипертензии и дислипидемии, отказ от курения и контроль гликемии. Последний пункт вызывает много вопросов, как со стороны пациентов, ВОП, а также МСОП, которые в настоящее время должны лечить СД 2 на начальных этапах, не требующих назначения инсулинотерапии.

Основными параметрами, которые определяют контроль гликемии, являются уровень гликированного гемоглобина (HbA1c) и уровни глюкозы в крови в разное время суток. HbA1c отражает средний уровень глюкозы за последние 2 – 3 месяца.

Важно! Подробно с критериями диагностики углеводного и липидного обмена, критериями компенсации СД и таблицей калорийности пищевых продуктов можно ознакомиться на сайте http://www.belmapo.by/downloads/oziz/sestrinskoe_delo/shkola_sah_diabeta.pdf.

Следующим условием при лечении СД 2 является отсутствие гипогликемий, которая может привести к так называемым «сосудистым катастрофам», кровоизлиянию в сетчатку глаза, к гипогликемической коме. При терапии уровень гликемии должен быть как можно ближе к нормальным значениям, но никогда не опускались ниже 4 ммоль/л.

МСОП должны профессионально ориентироваться в вопросах диагностики осложнений СД 2 для своевременной компенсации состояния. Начиная осмотр, МСОП необходимо определение индекса массы тела, влияющего на тактику наблюдения за пациентом с

эндокринной патологией. Массу тела в стационаре определяют при помощи медицинских весов (в домашних условиях с помощью напольных весов) в одних и тех же условиях: утром, натощак, после опорожнения кишечника и мочевого пузыря, пациент должен быть в одном и том же легком белье. Измерение проводится по определенному алгоритму. Чтобы охарактеризовать свой вес наиболее точно, следует рассчитать так называемый индекс массы тела (далее – ИМТ). МСОП может научить его вычислять известным образом, а также трактовать (в диапазоне от 18,5 до 40 и более).

В процессе динамического наблюдения, Пвр и МС должны быть внимательными к разнообразным проявлениям нарушения уровня содержания глюкозы у пациента. Клиническими признаками высокой гипергликемии являются полидипсия, полиурия и сухость во рту. Пациенты, которые не проводят самоконтроль гликемии, часто говорят: «Если у меня высокий сахар, то я ощущаю сухость во рту». Такое «определение гликемии» по ощущениям пациента недопустимо и, несомненно, приведет к быстрому развитию хронических осложнений СД. МСОП должна профессионально ориентироваться в критериях компенсации углеводного обмена при СД 2, определяемого по целевому уровню HbA1c, составляющему <7,0%, а также его нюансам у пациентов моложе 45 лет с длительностью заболевания до 6 лет, получающих метформин и/или ингибиторы дипептидилпептидазы-4 (ситаглиптин, вилдаглиптин, линаглиптин). У таких пациентов целевой уровень HbA1c может быть 6,5% и менее, так как риск гипогликемии в этом случае практически отсутствует. У пожилых пациентов с тяжелыми хроническими заболеваниями или осложнениями СД допускается уровень HbA1c до 8,5%. Кратность определения уровня HbA1c – каждые 3 месяца на этапе подбора дозы антигипергликемических лекарственных средств (ЛС), а затем каждые 6-12 месяцев. При декомпенсации СД 2 достаточно определять только значения глюкозы перед приемами пищи, т.к. уровни гликемии после еды будут заведомо высокие.

МСОП следует знать, что глюкозоснижающее действие антигипергликемических лекарственных средств в полной мере проявляется через две недели после назначения препарата или изменения дозы. Таким образом, решение об адекватности назначенной дозы препарата по данным дневника самоконтроля принимается не ранее, через 2—3 недели от даты назначения препарата.

Показанием для начала инсулинотерапии при СД 2 типа является уровень HbA1c >10,0% на фоне приема максимальных доз двух или трех пероральных глюкозоснижающих ЛС в течение как минимум трех месяцев.

Некоторые пациенты не согласны измерять глюкозу так часто, как рекомендуется. При этом определение глюкозы даже 1 раз в 2-4 недели имеет большое значение. В случае постоянно высокого уровня гликемии при каждом таком редком измерении необходимо определить уровень HbA1c и принять решение о повышении дозы глюкозоснижающих лекарственных средств.

Дневник пациента по самоконтролю уровня глюкозы подробно изложен ранее [15]. Для соблюдения преемственности, желательно, чтобы на первой странице лечащий врач (МСОП) записал препараты, которые необходимо принимать пациенту и режим их дозирования, т.к. пациенты на приеме не у своего ВОП иногда не могут назвать получаемые ими антигипергликемические средства. Кроме этого, необходимо указывать последнее значение HbA1c и дату его определения. Преемственность в работе специалистов на участке ВОП с другими и работниками организаций здравоохранения и социальной помощи является основой безопасности медицинской помощи [8-10,12].

Особенности контроля уровня компенсации СД 2 у пациента МСОП

– навыки педагогического воздействия на грамотность пациента в факторах профилактики осложнений (масса тела, индекс массы тела, адаптивная физическая культура, отказ от вредных привычек и контроль гликемии);

– умение объяснять значение показателей компенсации болезни за 2-3 мес. по уровню HbA1c;

– знание клинических признаков гипо- и гипергликемии и умение осуществлять дифференциальную диагностику этих состояний;

– умение объяснить пациенту значение и кратность контроля показателей компенсации заболевания для его дальнейшего образа жизни;

– ориентировать пациента на начало инсулинотерапии СД 2 типа по показателям HbA1c.

Внимание к небезопасности медицинской помощи основывается на особенностях текущего периода, касающегося роста числа пациентов с НИЗ, происходящего параллельно с удвоением пожилого населения в последующие 30-летие [29]. В связи с этим, растет нагрузка на практикующих медицинских работников, перегрузка функциональными обязанностями также ведет к ошибкам внимания и общения [5, 8, 9, 16].

Значительную поддержку врачебное и сестринское сообщество получило, благодаря вниманию к научным практико-ориентированным исследованиям и анализу состояния проблем в области сестринского дела [30, 32] и со стороны ВОЗ [11, 13, 31].

Для осуществления действий по совершенствованию гарантий от системы общественного здравоохранения при оказании медицинской помощи 17 сентября объявлен ВОЗ Всемирным днем безопасности, учрежденный в 2019 г. на 72-й сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения резолюцией «Глобальные действия по обеспечению безопасности пациентов» (WHA 72.6). Целями были улучшение глобального понимания безопасности пациентов, повышение вовлеченности общества в безопасность здравоохранения, содействие глобальным действиям по профилактике и уменьшению предотвратимого вреда в медицине.

Темой первого Всемирного дня безопасности (Лондон, 2016) была «Безопасность пациентов: глобальный приоритет здравоохранения». В Республике Беларусь в 2019 г., например, была избрана тема: «Говорите ради безопасности пациентов!», привлекавшая внимание общественности к безопасности использования технологий и медицинских устройств МС для уменьшения непреднамеренного вреда. В 2020 г. актуальной стала тема «Медицинская помощь должна быть безопасной для пациентов и медицинских работников».

Мероприятия Дня в нашей стране согласуются с Планом действий ВОЗ по повышению готовности общественного здравоохранения и ответным мерам в Европейском регионе ВОЗ на 2018-2023 гг., свидетельствующие о стратегической направленности государственной политики в Республике Беларусь на качество медицинской деятельности в общественном здравоохранении [11, 26, 27, 33].

В стране с целью повышения эффективности и достижений в области качества медицинской помощи и ее безопасности для престарелого пациента с СД 2 предпринят ряд мер.

1. Разработана методология улучшения качества помощи больным людям, базирующаяся на особой мотивации МСОП, рекомендациях ученых и ВОЗ по этому вопросу.

2. Создаются протоколы и стандарты по микромедицинским вмешательствам МСОП, чему способствует совершенствование применения технологий маломасштабных вмешательств по опыту других стран.

3. Разработаны рекомендации для пациентов, доступна достоверная специальная медицинская информация в электронном виде. Организованная глобальная сеть отдельных лиц и организаций, занимающихся вопросами повышения безопасности в области здравоохранения путем пропаганды и сотрудничества, имеющая 253 сторонника в 52 странах. Она представляет голос пациента на конференциях, консультационных встречах, советах ОЗ и правительственных комитетах, повышая осведомленность сообщества о безопасности медицинской помощи и опыте участия пациентов.

4. Развитие профилактического направления в работе Пвр и МС через ознакомление, в т.ч., с зарубежным опытом мотивации населения на приверженность идеологии сохранения и укрепления здоровья посредством сестринской педагогики [6, 9, 10, 15, 28, 30, 32, 34].

В определенной степени деятельность МСОП базируется на интересе и энтузиазме, о котором сказано: «Энтузиазм – один из самых мощных двигателей успеха. Делая что-то, делайте это со всей своей энергией. Вкладывайте в работу всю душу. Труд должен нести в себе отпечаток вашей индивидуальности. Будьте активны, энергичны, полны энтузиазма и преданны – и вы добьетесь своего. Все самое удивительное и великое в мире было бы невозможно без энтузиазма» (Ральф Эмерсон).

МСОП и Пвр широко применяются методы воздействия на пациента с помощью искусства похвалы как самого эффективного средства стимулирования и мотивации в процессе обучения в «Школе сахарного диабета»:

– Медицинский работник, который хвалит других (пациентов), сам легче добивается успеха;

– каждому человеку требуются постоянные стимулы, признание, любовь и поддержка;

– каждый пациент вырастает в собственных глазах, когда его хвалят;

– похвала – это сила, которая множится сама по себе;

- хвалите пациента, когда вы с ним наедине, так он станет вашим другом. Друг – желающий добра;
- хвалите больного человека в присутствии других, он будет испытывать искреннюю преданность вам;
- хвалите способности пациента, ставя его в пример другим, он будет каждому хвалить вас и защищать вас от любых нападков.

Однако, МСОП предостит изучение и других форм и методов взаимодействия с престарелыми пациентами и их родственниками, о чем известно врачам [9, 34]. Об эффективности работы МСОП в «Школах сахарного диабета» свидетельствует информация российских ученых. Согласно шкале Мориска-Грина о приверженности к лечению СД в РФ (2016): 61,4% пациентов не выполняют рекомендаций (не эффективно, нет контроля, внимания.), 38,6% выполняют (те, кто обучены, получили специальную литературу, ведут дневники самоконтроля, допускаются звонки для консультаций дистанционно, доступны при необходимости визиты в центр).

Причины мотивации МС в реализации политики ВОЗ «Здоровье-2020» и выполнении Целей устойчивого развития [эл.рес.2] через принцип охвата всех этапов жизни [4]:

- навыки координации многопрофильной команды для оказания помощи пациентам и их семьям посредством тесного профессионального взаимодействия [9, 12, 16, 23, 24, 32, 34];
- обучение многопрофильным вмешательствам и ассистированию врачу в рамках должностных обязанностей МСОП на участке ВОП;

- желание МСОП к повышению уровня ответственности в работе с пациентом [6, 13, 14];
- своевременное кадровое межведомственное решение по становлению должности помощника врача по амбулаторно-поликлинической помощи и совершенствованию функций МСОП имело выраженные медико-экономические и социальные эффекты в его деятельности [30];

- положительный общественный резонанс среди населения о возможности получения квалифицированной консультации от МСОП в условиях АПО и на дому [32].

Резюме. Ожидаемые к утверждению новые клинические протоколы по диагностике и лечению эндокринных заболеваний в форме проекта для широкого обсуждения размещены на официальном сайте ГУ «Республиканский научно-практический центр медицинских технологий, информатизации, управления и экономики здравоохранения». Глава 1 протоколов называется «Диагностика и лечение пациентов с сахарным диабетом (взрослое население)» содержит полезную информацию для ВОП, МСОП, в том числе, по критериям компенсации углеводного обмена.

С учетом новых открытий и цифровизации в области медицины предостит обучение МСОП применению современной адаптационно-ситуативной модели сестринского ухода [12-14]. За основу электронного приложения по документированию сестринского процесса целесообразно принять клинические протоколы по уходу при различных проблемах пациента в соответствии с требованиями сестринского процесса [7, 14], на основе адаптационно-ситуативной модели ухода за пациентами на дому с расширением функций и полномочий МСОП [6, 12, 13].

Ключевое изменение подходов, при котором пациенты получают больше полномочий и возможностей участия в собственном лечении, является необходимой чертой здравоохранения и социальной поддержки в XXI веке, помогают МСОП расставлять акценты в уходе, планировать безопасное сестринское вмешательство, улучшающее качество жизни пациента. Изменение системы подготовки средних медицинских работников отражает мировые тренды, используемые в Республике Беларусь.

Список литературы:

1. Бабушкин, И. Е. Сестринский уход в терапии. Участие в лечебно-диагностическом процессе : практ. рук. / И. Е. Бабушкин, В. К. Карманов. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2022. – 496 с.
2. Возрастная жизнеспособность в геронтологии и гериатрии (обзор) / А. Н. Ильницкий [и др.] // Науч. результаты биомед. исслед. – 2019. – Т. 5, № 4. – С. 102–116.
3. Всемирный доклад о старении и здоровье [Электронный ресурс] / Всемир. орг. здравоохранения. – Женева : ВОЗ, 2016. – Режим доступа: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186463/9789244565049_rus.pdf?sequence=10&isAllowed=y. – Дата доступа: 24.01.2022.
4. Государства-члены Европейского регионального бюро ВОЗ подписали Минскую декларацию [Электронный ресурс] // БЕЛТА. Белорус. телеграф. агентство. – Режим доступа: <http://www.belta.by/society/view/gosudarstva-chleny-evropejskogo-regionalnogo-bjuro-voz-podpisali-minskiju-deklaratsiju-167595-2015/>. – Дата доступа: 22.10.2019.
5. Здравоохранение в Республике Беларусь [Электронный ресурс] : офиц. стат. сб. за 2019 г. – Режим доступа: https://belcmt.by/docs/Stat/Healthcare_in_RB_2019.pdf. – Дата доступа: 20.01.2022.
6. Матвейчик, Т.В. Сестринское дело: вчера, сегодня, завтра (1999–2025) / Т. В. Матвейчик. – Минск : Ковчег, 2023. – 74 с.
7. Матвейчик, Т.В. Элементы цифровизации при уходе за пациентами на дому в деятельности помощника врача по амбулаторно-поликлинической помощи и медицинской сестры общей практики / Т.В. Матвейчик, И.Г. Солдатенко, С.А. Левчук. – Минск : Ковчег, 2023. – 148 с.
8. Матвейчик, Т.В. Безопасность пациента как условие качества медицинской помощи / Т. В. Матвейчик. – Минск : Ковчег, 2023. – 128 с.
9. Матвейчик, Т.В. Медицинская сестра и пациент: эффективная коммуникация : учеб.-метод. пособие / Т.В. Матвейчик, Г.В. Гатальская. – Минск : БелМАПО, 2022. – 153 с.
10. Матвейчик, Т.В. Обеспечение сестринского процесса в оказании медицинской помощи пациентам на дому / Т. В. Матвейчик [и др.]. – Минск : Ковчег, 2022. – 163 с.
11. Матвейчик, Т.В. Венская и Мюнхенская декларации: реализация в сестринском образовании в Республике Беларусь / Т. В. Матвейчик // Мед. сестра. – 2022. – Т. 24, № 8. – С. 15–20.
12. Матвейчик, Т.В. Управление сестринской деятельностью / Т. В. Матвейчик. – Минск : Ковчег, 2021. – 248 с.
13. Матвейчик, Т.В. Трансформация сестринского образования в истории Беларуси: от опыта прошлого – шаг в будущее / Т. В. Матвейчик. – Минск : Ковчег, 2020. – 223 с. Режим доступа: <http://med.by/content/ellibsci/BELMAPO/619384.pdf>. – Дата доступа: 27.05.2022.
14. Матвейчик Т.В. Теория сестринского дела: учеб пособие /Т.В. Матвейчик, Е.М. Тищенко. – Минск: Вышэйшая школа, 2016. – 366с.
15. Матвейчик, Т. В. Методологические основы работы «Школы сахарного диабета» : учеб.-метод. пособие / Т. В. Матвейчик, И. К. Билодид, А. А. Романовский. – 2-е изд., перераб. и доп. – Минск : Ковчег, 2010. – 132 с.
16. Сопроводительное руководство медицинской сестре по общению и уходу за пациентами психиатрического и наркологического профиля в практике / Т.В. Матвейчик [и др.]. – Минск: Белпринт, 2012. – 188 с.
17. Туркина, Н.В. Теория М. Аллен. Модель MCGILL // Медицинская сестра. – 2021. - №2(23). – С.46-51.
18. Национальная стратегия устойчивого социально-экономического развития Республики Беларусь до 2030 г. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.economy.gov.by/uploads/files/NSUR.pdf>. – Дата доступа: 01.03.2020.
19. О Государственной программе «Здоровье народа и демографическая безопасность Республики Беларусь» на 2021–2025 годы [Электронный ресурс] : постановление Совета Министров Респ. Беларусь, 19 янв. 2021 г., № 28 // Национальный правовой Интернет-портал Республики Беларусь. – Режим доступа: <https://pravo.by/document/?guid=3871&pr=C22100028>. – Дата доступа: 03.04.2020.
20. О здравоохранении [Электронный ресурс] : Закон Респ. Беларусь, 18 июня 1993 г., № 2435–XII; в ред. Закона Респ. Беларусь от 21.10.2016 г. № 433–3 // КонсультантПлюс. Беларусь / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2021.
21. Об утверждении Концепции развития сестринского дела в Республике Беларусь на 2021–2025 годы : приказ М-ва здравоохранения Респ. Беларусь, 31 дек. 2020 г., № 1438.
22. Об организации работы врача общей практики [Электронный ресурс] : приказ М-ва здравоохранения Респ. Беларусь, 27 февр. 2018 г., № 177 // КонсультантПлюс. Беларусь / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2021.

23. Об утверждении Инструкции о порядке представления информации о выявленных нежелательных реакциях на лекарственные средства и признании утратившими силу некоторых постановлений Министерства здравоохранения Республики Беларусь [Электронный ресурс] : постановление М-ва здравоохранения Респ. Беларусь, 17 апр. 2015 г., № 48 // КонсультантПлюс. Беларусь / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2021.
24. Об утверждении Инструкции об объеме и порядке оказания медицинской помощи пациентам медицинскими работниками, имеющими среднее специальное медицинское образование [Электронный ресурс] : постановление М-ва здравоохранения Респ. Беларусь, 10 дек. 2014 г., № 91 // КонсультантПлюс. Беларусь / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2021.
25. Об утверждении государственной программы «Физическая культура и спорт в Республике Беларусь на 2021–2025 годы» [Электронный ресурс] : постановление Совета Министров Респ. Беларусь, 29 января 2021 г., № 54 // Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2021.
26. Обеспечение сотрудничества между услугами первичной медико-санитарной помощи и общественного здравоохранения / Всемир. орг. здравоохранения, Европ. регион. бюро. – Копенгаген : ЕРБ ВОЗ, 2018. – 48 с.
27. От Алма-Аты до Астаны: первичная медико-санитарная помощь – осмысление прошлого, преобразование во имя будущего : предвар. докл. от Европ. региона ВОЗ / Всемир. орг. здравоохранения, Европ. регион. бюро. – Копенгаген : ЕРБ ВОЗ, 2018. – 79 с.
28. План мероприятий (дорожная карта) по реализации Концепции развития сестринского дела в Республике Беларусь на 2021-2025 годы : дополнение к приказу М-ва здравоохранения Респ. Беларусь от 22.01.2021 г.
29. Романова, А. П. Модели динамики смертности населения Беларуси на рубеже XX-XXI вв. / А. П. Романова, О. В. Красько ; Белорус. мед. акад. последиплом. образования. – Минск: БелМАПО, 2020. – 660 с.
30. Современные вызовы образования и психологии формирования личности : монография / редкол.: Ж. В. Мурзина, О. Л. Богатырева. – Чебоксары : Среда, 2020. – 232 с.
31. Состояние сестринского дела в мире 2020 г.: вложение средств в образование, рабочие места и воспитание лидеров / Всемир. орг. здравоохранения. – Женева : ВОЗ, 2020. – 144 с.
32. Результаты исследований социальных и гуманитарных наук: междисциплинарный подход и синергетический эффект : монография / И.А. Бондаренко [и др.] ; под ред. И.А. Бондаренко, О.А. Подкопаева. – Самара : Поволж. науч. корпорация, 2018. – 316 с.
33. Рекомендации в отношении проведения оценок и составления схем организации ухода, ориентированного на потребности людей в системе медико-санитарной помощи / Всемир. орг. здравоохранения. – Женева : ВОЗ, 2019. – 87 с.
34. Чалдини, Р., Мартин, С., Гольдштейн, Н. Психология убеждения. Важные мелочи, гарантирующие успех. – С.: Питер, 2020. – 288 с.

Полезные интернет-ресурсы

1. Комплексная помощь пожилым людям: рекомендации по реализации мероприятий на уровне местных сообществ для контроля снижения индивидуальной жизнеспособности [Электронный ресурс] / Всемир. орг. здравоохранения. – Женева: ВОЗ, 2021. – Режим доступа: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258981/9789240024113-rus.pdf?sequence=10&isAllowed=y>. – Дата доступа: 02.04.2021.
2. Цели в области устойчивого развития [Электронный ресурс] // Организация Объединенных Наций. – Режим доступа: <https://sdgs.un.org/ru/goals>. – Дата доступа: 02.04.2021.

МИНОБРНАУКИ РОССИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Восточно-Сибирский государственный университет технологий и управления» (ВСГУТУ)
Министерство социальной защиты населения Республики Бурятия

**ФОРМЫ И МЕТОДЫ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ
В РАЗЛИЧНЫХ СФЕРАХ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ**

Материалы
XIII Международной научно-практической конференции,
посвященной Году семьи в России
19-20 сентября 2024 г.

**FORMS AND METHODS OF SOCIAL WORK
IN DIFFERENT SPHERES OF ACTIVITY**

Materials
of VIII International Scientific Conference
dedicated to the Year of the Family in Russia
19-20 September, 2024

Улан-Удэ
Издательство ВСГУТУ
2024