

А. Р. Айтмагамбетов¹, В. Б. Молотов-Лучанский¹, Д. Б. Кулов¹, М. И. Копбаева²

ПРИВЕРЖЕННОСТЬ СПЕЦИАЛИСТОВ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА К КУЛЬТУРЕ БЕЗОПАСНОЙ БОЛЬНИЧНОЙ СРЕДЫ

¹Медицинский университет Караганды (Караганда, Казахстан)

²Областной центр травматологии и ортопедии им проф. Х. Ж. Макажанова (Караганда, Казахстан)

В статье представлены результаты анкетирования, целью которого было определение приверженности специалистов сестринского дела обеспечению безопасной больничной среды. В анкетировании приняли участие 219 респондентов. Возраст участников варьировал от 18 до 59 лет, со средним значением $36,1 \pm 11,9$ г. Ответственность за обеспечение безопасной среды респонденты возлагают в большей степени на средний медицинский персонал. Также следует отметить, что 88,1% респондентов считают обязательным постоянное повышение квалификации в сфере обеспечения безопасности пациента.

Медицинским организациям следует уделить внимание не только вопросам безопасности пациентов, но и повышению безопасности медицинского персонала.

Ключевые слова: безопасная среда, безопасность пациента, медицинская сестра, анкетирование.

Всемирная организация здравоохранения признала безопасность пациентов проблемой здравоохранения развитых и развивающихся стран [1]. Ежегодно во всем мире миллионы пациентов становятся инвалидами, получают различные травмы и даже погибают по причине небезопасного или некачественного оказания медицинской помощи [2].

В этой связи многие страны объявили приоритетами своих систем здравоохранения не только предоставление доступных и качественных медицинских услуг, но и обеспечение безопасности пациентов. Сама по себе безопасность пациентов является комплексной проблемой и предметом постоянной заботы как медицинской организации, так и самих медицинских работников [2]. Безопасная больничная среда невозможна без формирования особой культуры, которая может быть определена как производное индивидуальных и групповых ценностей, отношений, восприятий, компетенций, моделей поведения. Эти составляющие в конечном итоге обеспечивают эффективность деятельности организации здравоохранения, формируют приверженность лучшей практике, ее профессиональный стиль [3]. Особое значение в этой системе имеет отношение медицинских работников к различным родам нарушениям правил безопасности, ошибкам и несоответствиям. Из этого следует вывод о необходимости привития такого отношения, обучения медицинского персонала навыкам создания и мониторинга пространства безопасности на рабочем месте.

Для этого руководство медицинской организации должно стимулировать командную работу по формированию соответствующей стратегии [9]. Развитая культура безопасности способствует надлежащему соблюдению стандартов профилактики, а также предотвращению медицинских ошибок и формированию устойчивых стереотипов безопасного поведения [6].

Ряд авторов считают, что важная роль

в этом принадлежит медицинским сестрам. Именно они могут проводить мониторинг состояния пациентов и своевременно выявлять ошибки в процессе ухода за ними [1, 8].

Несмотря на постоянное внимание к проблемам безопасности пациента, внедрение систем GCI, аккредитационных стандартов в стационарах, нельзя считать, что все аспекты создания и функционирования безопасной больничной среды полностью изучены.

Цель работы – оценка приверженности специалистов сестринского дела мерам по формированию и совершенствованию безопасной больничной среды.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Сплошное раздаточное заочное анонимное анкетирование медицинских сестер было проведено в Коммунальном государственном предприятии «Областной центр травматологии и ортопедии им. Проф. Х. Ж. Макажанова» (г. Караганда). Анкетирование проводилось в период с 09 по 14 сентября 2019 года.

Анкета из 68 пунктов состояла из следующих разделов: демографическая характеристика (5 вопросов), характеристика условий труда (5 вопросов), психологический климат (3 вопроса), безопасность труда (11 вопросов), отношение персонала к отдельным сферам безопасной среды (10 вопросов), навыки персонала по предоставлению необходимых условий для безопасности пациента (11 вопросов), осведомленность о культуре безопасной среды (8 вопроса), меры по обеспечению безопасной больничной среды (10 вопросов), мнения об ответственности за обеспечение безопасной больничной среды (5 вопросов).

Анкета была разработана на основе руководства для медицинских сестер «Безопасность и качество обслуживания пациентов» [7] и шкале измерения отношения, навыков и знаний о безопасности пациентов (PS-ASK). Анкета была апробирована и валидирована на выборке из 50 медицинских сестер в клинике Некоммерческого акционерного общества «Медицинский университет Караган-

ды» (НАО МУК) со значением критерия α Кронбаха 0,82.

Точность ввода данных анкетирования была определена путем случайной двойной проверки 10% анкет. Критерий хи-квадрат (χ^2) использовался для сравнения пропорций категориальных переменных. Значение $p < 0,05$ рассматривалось как уровень значимости. Анализ данных выполнялся с использованием IBM SPSS Statistics версии 25.

Этическое одобрение на проведение анкетирования было получено от комитета по биоэтике НАО МУК, протокол №20 от 17.06.2019 г. (номер документа 64).

К каждой анкете прикладывалось сопроводительное письмо с разъяснением цели исследования и просьбой об участии. Исследование проводилось в соответствии с принципами Хельсинкской декларации. Письменная форма информированного согласия была получена от каждого участника. Конфиденциальность и анонимность респондентов поддерживались за счет шифрования анкет с помощью кодов.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

В анкетировании приняли участие 219 респондентов. Возраст участников варьировал от 18 до 59 лет, со средним значением $36,1 \pm 11,9$ лет. 94,1% от общего количества составили респонденты женского пола. Около половины (49,3%) респондентов получили базовое медицинское образование свыше 10 лет назад, одна треть респондентов (34,7%) – менее 5 лет назад, 26 респондентов (11,9%) завершили свое образование 5-10 лет назад. Высшее сестринское образование (бакалавриат) имели лишь 7 респондентов (3,2%); 2 человека (0,9%) обучались на момент исследования в высшем учебном заведении. Общий стаж работы участников в среднем составил $16,45 \pm 11,66$ лет с минимальным значением 1 год. В данной медицинской организации респонденты проработали в среднем $12,0 \pm 9,7$ лет. Квалификационную категорию имели 50,6% опрошенных, в том числе первую – 12,3%, вторую – 6,8%, высшую – 31,5%.

Уровень заработной платы в 62,1% случаев был оценен как средний, в 28,3% – низкий, 7,3% – очень низкий и лишь в 1,8% как высокий. Половина респондентов (50,3%) привлекалась к сверхурочной работе в среднем на $13,68 \pm 9,44$ ч. По мнению респондентов, максимальная продолжительность рабочей недели среднего медицинского персонала, при которой не будет снижаться качество оказываемой медицинской помощи, составляет 37,14 ч. Желательное уменьшение продолжительности рабочей недели до 20 ч отметили 7,7% респондентов.

Практически каждый второй (46,6%) респондент отметил, что помимо прямых должностных обязанностей им дают ряд поручений, не связанных с их профессиональной деятельностью. Практически все опрошенные (92,7%) имеют доступ к инструкциям и законам, связанным с обеспечением безопасности медицинского персонала.

На вопрос о психологическом климате

54,3% респондентов отметили негативное отношение к себе со стороны коллег, в результате чего у них появилось желание сменить место работы (37% из числа отметивших негативизм по отношению к себе со стороны коллег). Более половины респондентов (61,2%) отметили случаи агрессии, направленной на медицинский персонал при исполнении им своих обязанностей, со стороны пациентов и их родственников.

Среди производственных травм опрошенными в ряде анкет были названы психологические (при работе с пациентами – 57,5%), а также ушибы, переломы, полученные на работе. Многие респонденты в данном разделе указывали на болезненные ощущения в спине, очевидно, имея их в виду последствия травматизации или избыточных нагрузок на мышцы спины. Большинство участников опроса медицинского персонала не получали травм, связанных с медицинскими манипуляциями или ушибами/падениями (72,1% и 68,0% соответственно). Но, как видно из приведенных данных, больше трети работников травмируются в процессе своей деятельности в стационаре. Несмотря на это, медицинские сестры не склонны регистрировать эти случаи как травмы.

Две трети респондентов (67,6% и 64,8%) отмечают нарушение сна, хроническую усталость и видят их причину в графике работы. Удовлетворенность графиком работы/часами/нагрузкой отметили чуть больше половины (54,3%) респондентов.

Большинство из опрошенных согласны или полностью согласны (84,8% и 88,1% соответственно) с тем, что специалисты сестринского дела обязаны обучаться навыкам по обеспечению безопасности пациентов и повышать уровень знаний в данной области (табл. 1). Существующие методики обучения навыкам по созданию/сохранению безопасной больничной среды, по мнению большинства из числа опрошенных медицинских сестер (64,2%), являются эффективными. В то же время респонденты отметили, что системы отчетности о медицинских инцидентах мало помогают в предотвращении ошибок. Более половины (>60%) участников исследования утверждают, что медицинский персонал обязан сообщать о медицинских ошибках.

Согласно мнению респондентов, среднему медицинскому персоналу необходимо участвовать в конференциях, посвященных темам безопасной больничной среды, а также в собраниях по анализу медицинских ошибок (табл. 2). Следует отметить, что большинство медицинских сестер не считают нужным оповещать пациента и/или членов семьи о произошедшей ошибке. Однако одна треть (32,9%) участников все же сообщает о произошедших ошибках, несмотря на то, был причинен вред пациенту или нет.

Практически всеми респондентами отмечено надлежащее соблюдение стандартных мер профилактики в больнице.

Оценка собственных знаний в области

обеспечения безопасной больничной среды оказалась положительной у 61,2% опрошенных. Большинство медицинских сестёр считают, что в достаточной мере владеют знаниями о всех составляющих безопасности и хорошо разбираются в отличиях медицинских ошибок от неблагоприятных событий и опасностей (74,2%).

На обеспечение безопасной больничной среды, по мнению респондентов, влияют в большей степени соблюдение санитарно-гигиенического режима и точное выполнение инструкций по асептике и антисептике (рис. 1).

Ответственность за обеспечение безопасной среды респонденты возлагают на средний медицинский персонал (84,4%), врачей (83,5%) и администрацию (81,2%) медицинской организации. Вдвое меньше опрошенных склонны делить эту ответственность с пациентами (43,1%) или их родственниками (39,7%).

Средний медицинский персонал в 56,4% случаев отметил, что в обеспечении безопасной больничной среды ему отведена ключевая роль. Треть респондентов высоко оценивают свои знания и уровень компетентности в обеспечении безопасной больничной среды. Уровень навыков своих коллег участники опроса оценили довольно высоко (80,4%). Вместе с тем 79,9% медсестер считают, что нуждаются в получении знаний и навыков по обеспечению безопасной больничной среды.

Проведенное исследование позволило оценить приверженность среднего медицинского персонала к обеспечению безопасности пациентов. Следует отметить, что большинство участников исследования возлагают на средний медицинский персонал ключевую роль в обеспечении безопасной больничной среды.

Сообщение о неблагоприятных последствиях и ошибках медицинских вмешательств является важным шагом в улучшении качества медицинской помощи и безопасности пациентов. Тем не менее, половина респондентов убеждена в сокрытии информации от пациента и/или членов его семьи о произошедшей медицинской ошибке. Только треть опрошенных привержена открытости в общении с потребителями медицинских услуг в стационаре. Для этих респондентов истина имеет самоценное значение. Поэтому они сообщат об инциденте вне зависимости от того, был причинен вред пациенту или нет.

Исследование показало, что возраст, пол и стаж работы не имеют существенной связи с отношением медицинского персонала к безопасности пациентов. Безопасность самих медицинских сестер, предотвращение производственного травматизма и ятрогенных заболеваний у медперсонала важны как для медсестер, так и для пациентов. Рациональные условия труда позволяют повысить эффективность работы и уберечь от неблагоприятных явлений в процессе оказания медицинской

Таблица 1 – Распределение ответов респондентов об их отношении к вопросам безопасности пациентов

Наименование вопроса	(от 1=категорически не согласен до 5=полностью согласен)				
	1	2	3	4	5
Существующие системы отчетности о медицинских ошибках мало помогают уменьшить будущие ошибки	17,5%	22,2%	20,3%	31,1%	9,0%
Существует разрыв между тем, что мы знаем как «лучший уход» и тем, что мы предоставляем	8,8%	31,6%	14,4%	33,5%	11,6%
Только врачи могут определять причины клинических ошибок	6,9%	33,3%	15,7%	27,8%	16,2%
Постоянное повышение уровня знаний специалистов сестринского дела в области обеспечения безопасной больничной среды является обязательным.	2,8%	3,2%	6,0%	42,2%	45,9%
Специалисты сестринского дела должны изучать способы по улучшению безопасности пациента.	1,8%	4,1%	9,2%	44,2%	40,6%
Специалисты сестринского дела должны регулярно тратить часть своего профессионального времени на улучшение ухода за пациентами	4,6%	6,9%	15,6%	37,6%	35,3%
Культура Вашей медицинской организации способствует специалистам сестринского дела конструктивно заниматься ошибками	7,8%	15,7%	23,0%	36,9%	16,6%
Если я увижу медицинскую ошибку, я не сообщу о ней	25,7%	41,6%	12,6%	13,6%	6,5%
Если нет вреда для пациента, нет необходимости сообщать об ошибке	18,8%	31,9%	13,1%	28,2%	8,0%
Эффективны ли проводимые методики обучения по созданию/ сохранению безопасной больничной среды	3,3%	15,3%	17,2%	44,7%	19,5%

Таблица 2 – Распределение ответов респондентов о навыках в области обеспечения безопасной среды

Наименование вопроса	(от 1=категорически не согласен до 5=полностью согласен)				
	1	2	3	4	5
Необходимо участвовать в конференциях по темам безопасной больничной среды	0,9%	3,7%	12,4%	53,0%	30,0%
Я всегда прошу пациента повторить то, что им было сказано во время процесса информированного согласия	0,9%	16,7%	20,4%	42,1%	19,9%
Я всегда сообщаю пациенту и/или члену семьи о произошедшей ошибке	9,3%	39,8%	18,1%	25,5%	7,4%
Вопросы раздачи лекарственных средств относятся к аспекту безопасной больничной среды	1,4%	7,4%	13,8%	56,2%	21,2%
Умею интерпретировать данные отчета об общих ошибках	2,3%	6,5%	24,7%	50,7%	15,8%
Участвую в качестве члена команды при анализе режима и произошедших медицинских ошибок	4,2%	15,3%	26,0%	37,7%	16,7%
Знаю, как сообщить о медицинской ошибке	3,7%	6,9%	22,7%	47,7%	19,0%
Знаю, что необходимо предпринять для профилактики пролежней	0,5%	3,2%	7,4%	40,1%	48,8%
Использую противомикробные средства для мытья рук	1,4%	2,3%	6,5%	35,0%	54,8%
Систематически совместно с коллегами проводим анализ ошибок	0,9%	11,0%	14,7%	34,4%	39,0%
После контакта с пациентом я всегда провожу гигиену рук	0,9%	5,5%	9,2%	32,1%	52,3%



Рисунок 1 – Факторы, влияющие на обеспечение безопасной больничной среды

помощи.

По мнению участников исследования, максимальная продолжительность рабочей недели среднего медицинского персонала, при которой не снижается качество оказываемой медицинской помощи, должна составлять 37,14 ч. С данным утверждением согласно абсолютное большинство медицинских сестер. Всего 7,7% респондентов утверждают, что нагрузка на меди-

цинских сестер должна быть снижена до 20 ч в неделю. Но это мнение тоже надо учесть.

Привлечение медицинских сестер к сверхурочной работе снижает качество медицинской помощи и ведет к увеличению травматизма на рабочем месте. Нерациональный график работы и увеличение продолжительности рабочего дня вызывают проявление гнева, беспокойства, напряжения, подавленного настроения, наруше-

ние сна и усталости. Ухудшение психологического климата в коллективе, как правило, связано с перегрузкой персонала, что ведет к снижению мотивации и вызывает у большинства медицинских сестер желание сменить место работы.

Планирование и мониторинг повышения квалификации среднего медицинского персонала, включая приобретение знаний и навыков в области обеспечения безопасности больничной среды, позволит не только предотвратить медицинские ошибки, но и улучшить качество медицинской помощи.

Уверенность респондентов в эффективности существующих методов обучения создает предпосылки успешного овладения знаниями и навыками в области обеспечения безопасности. Серьезной является проблема отчетности и регистрации ошибок при выполнении медицинских манипуляций. На это, видимо, следует обратить особое внимание в системе менеджмента качества медицинских организаций. Повышению комплаенса медсестер в вопросах обеспечения безопасной больничной среды будет способствовать их активное участие в конференциях и коллегиальных собраниях по анализу медицинских ошибок. Очевидно, это будет способствовать более сплоченной работе всего коллектива.

Таким образом, медицинским организациям следует приложить усилия в совершенствовании культуры безопасности, уделяя повышенное внимание не только навыкам обеспечения безопасности пациентов, но и медицинских сестер. Внедрение образовательных программ, гарантирующих овладение знаниями и навыками в области безопасности, позволит повысить приверженность медицинского персонала обеспечению безопасной больничной среды и в целом высокого качества медицинской помощи.

ЛИТЕРАТУРА

1 Всемирная Организация Здравоохранения. Научные исследования в области безопасности пациентов. <https://www.who.int/patientsafety/research/ru/> (дата доступа: 08.01.2020)

2 Глобальные действия по обеспечению безопасности пациентов https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA72/A72_R6-ru.pdf?ua=1 (дата доступа: 08.01.2020)

3 Allen S. Lessons learned from measuring safety culture: An Australian case study /S. Allen, M. Chiarella, C. S. Homer //Midwifery. - 2010. - V. 26. - P. 497-503.

4 Hemmat F. A survey of nurses' awareness of patient safety culture in neonatal intensive care units /F. Hemmat, F. Atashzadeh-Shoorideh, T. Mehrabi //Iranian journal of nursing and midwifery research. - 2015. - V. 20 (4). - P. 490-495.

5 Lawati M. Patient safety and safety culture in primary health care: a systematic review /M. Lawati, S. Dennis, S. D. Short //BMC family practice. - 2018. - V. 19 (1). - P. 104.

6 Nursing and Patient Safety <https://psnet.ahrq.gov/primer/nursing-and-patient-safety> (дата доступа: 09.01.2020)

7 Schnall R. Development of a self-report instrument to measure patient safety attitudes, skills, and knowledge. Journal of nursing scholarship: an official publication of Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing /R. Schnall, P. Stone, L. Currie //Sigma Theta Tau. - 2008. - V. 40 (4). - P. 391-394.

8 Trinkoff A. M. Personal Safety for Nurses. In: Hughes RG, editor. Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2008 Apr. Chapter 39. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2661/> (дата доступа: 09.01.2020)

9 Wami S. D. Patient safety culture and associated factors: A quantitative and qualitative study of healthcare workers' view in Jimma zone Hospitals, Southwest Ethiopia /S. D. Wami, A. F. Demssie, M. M. Wassie //BMC health services research. - 2016. - V. 16. - P. 495.

REFERENCES

1 Vsemirnaja Organizacija Zdravoohranenija. Nauchnye issledovanija v oblasti bezopasnosti pacientov. <https://www.who.int/patientsafety/research/ru/> (дата доступа: 08.01.2020)

2 Global'nye dejstvija po obespecheniju bezopasnosti pacientov https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA72/A72_R6-ru.pdf?ua=1 (дата доступа: 08.01.2020)

3 Allen S. Lessons learned from measuring safety culture: An Australian case study /S. Allen, M. Chiarella, C. S. Homer //Midwifery. - 2010. - V. 26. - P. 497-503.

4 Hemmat F. A survey of nurses' awareness of patient safety culture in neonatal intensive care units /F. Hemmat, F. Atashzadeh-Shoorideh, T. Mehrabi //Iranian journal of nursing and midwifery research. - 2015. - V. 20 (4). - P. 490-495.

5 Lawati M. Patient safety and safety culture in primary health care: a systematic review /M. Lawati, S. Dennis, S. D. Short //BMC family practice. - 2018. - V. 19 (1). - P. 104.

6 Nursing and Patient Safety <https://psnet.ahrq.gov/primer/nursing-and-patient-safety> (дата доступа: 09.01.2020)

7 Schnall R. Development of a self-report instrument to measure patient safety attitudes, skills, and knowledge. Journal of nursing scholarship: an official publication of Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing /R. Schnall, P. Stone, L. Currie //Sigma Theta Tau. - 2008. - V. 40 (4). - P. 391-394.

8 Trinkoff A. M. Personal Safety for Nurses. In: Hughes RG, editor. Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2008 Apr. Chapter 39. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2661/> (дата доступа: 09.01.2020)

9 Wami S. D. Patient safety culture and associated factors: A quantitative and qualitative study of healthcare workers' view in Jimma zone Hospitals, Southwest Ethiopia /S. D. Wami, A. F. Demssie, M. M. Wassie //BMC health services research. - 2016. - V. 16. - P. 495.

Поступила 20.02.2020 г.

A. R. Aitmagambetov¹, V. B. Molotov-Luchanskiy¹, D. B. Kulov¹, M. I. Korbayeva²

COMMITMENT OF NURSING SPECIALISTS TO THE CULTURE OF A SAFE HOSPITAL ENVIRONMENT

¹Karaganda medical university (Karaganda, Kazakhstan),

²Regional center of traumatology and orthopedics named after prof. H. Zh. Makazhanov (Karaganda, Kazakhstan)

The results of a survey are presented, the purpose of which is to determine the commitment of nursing professionals to ensure a safe hospital environment. 219 respondents took part in the survey. The age of the participants ranged from 18 to 59 years, with an average value of 36.1 ± 11.9 years. Responsibility for ensuring a safe environment is given to respondents to a greater extent by nursing staff. It should also be noted that 88.1% of respondents consider continuous professional development in the field of patient safety to be mandatory.

Medical organizations should pay attention not only to patient safety, but also to improving the safety of medical personnel

Key words: safe environment, patient safety, nurse, questionnaire

A. P. Айтмағамбетов¹, В. Б. Молотов-Лучанский¹, Д. Б. Кулов¹, М. И. Көпбаева²

ҚАУІПСІЗДІК ХОСПИТАЛДЫҚ ҚОРШАҒАН ОРТАНЫҢ МӘДЕНИЕТІНДЕ ҚАЛЫҚТЫ МАМАНДЫҚТЫҢ МІНДЕТТЕМЕСІ

¹Қарағанды медициналық университеті (Қарағанды, Қазақстан),

²Профессор Х. Ж. Мақажанов атындағы травматология және ортопедия облыстық орталығы (Қарағанды, Қазақстан)

Сауалнама нәтижелері ұсынылған, оның мақсаты мейірбике ісі саласындағы мамандардың аурухананың

Организация и экономика здравоохранения

қауіпсіз ортасын қамтамасыз етуге деген адалдығын анықтау болып табылады. Сауалнамаға 219 респондент қатысты. Қатысушылардың жасы 18-ден 59 жасқа дейін, орташа мәні $36,1 \pm 11,9$ жас аралығында болды. Қауіпсіз ортаны қамтамасыз ету үшін жауаптыларға мейірбике қызметкерлері жауап береді. Медициналық ұйымдар пациенттердің қауіпсіздігіне ғана емес, сонымен қатар медициналық персоналдың қауіпсіздігін арттыруға да назар аударуы керек.

Кілт сөздер: қауіпсіз орта, пациент қауіпсіздігі, медбике, сауалнама