

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ТЕРНОПІЛЬСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ І. Я. ГОРБАЧЕВСЬКОГО
МІНІСТЕРСТВА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

Варшавський Роберт Ілліч

На правах рукопису

УДК:

Кваліфікаційна робота

**ОЦІНКА СТАВЛЕННЯ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР ДО РІЗНИХ ВИДІВ
МЕДСЕСТРИНСЬКИХ ВТРУЧАНЬ В УМОВАХ ПАНДЕМІЇ COVID 19**

спеціальність 223 «Медсестринство»

Науковий керівник:

кандидат медичних наук, доцент кафедри
вищої медсестринської освіти, догляду
за хворими та клінічної імунології
Тернопільського національного медичного
університету імені І. Я. Горбачевського МОЗ України
Рєга Н.І.

Тернопіль – 2023

ЗМІСТ

АНОТАЦІЯ	4
ABSTRACT	8
ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ	12
ВСТУП	13
РОЗДІЛ 1. ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ	17
1.1. Медсестринські втручання в аспекті особистісно орієнтованої допомоги пацієнту.	17
1.2. Головні проблеми профілактики ВЛІ як комплексного взаємозалежного медсестринського втручання в умовах пандемії COVID 19.	25
Висновки до розділу 1	35
РОЗДІЛ 2 МЕТОДИ І ОБ’ЄКТ ДОСЛІДЖЕННЯ	37
2.1. Методологічні основи проведення дослідження	37
2.2. Якісні методи наукового дослідження при виконанні роботи	39
2.3. Узагальнені результати дослідження.	43
Висновки до розділу 2	46
РОЗДІЛ 3. ОЦІНКА СТАВЛЕННЯ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР ДО РІЗНИХ ВИДІВ МЕДСЕСТРИНСЬКИХ ВТРУЧАНЬ.	47
3.1. Сучасна класифікація медсестринських втручань	47
3.2. Оцінка ставлення медичних сестер до різних видів медсестринських втручань.	51
Висновки до розділу 3	54
РОЗДІЛ 4. АНАЛІЗ НАВАНТАЖЕНОСТІ ТА ЧИСЛА МЕДСЕСТРИНСЬКИХ ВТРУЧАНЬ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР ВІДДІЛЕНЬ КНП «ТЕРНОПІЛЬСЬКА УНІВЕРСИТЕТСЬКА ЛІКАРНЯ» ТОР ПІД ЧАС ПАНДЕМІЇ COVID-19	56
Висновки до розділу 4	61

РОЗДІЛ 5. ОСНОВНІ ПРОБЛЕМИ ПРОФІЛАКТИКИ ВНУТРІШНЬОЛІКАРНЯНИХ ІНФЕКЦІЙ ЯК КОМПЛЕКСНОГО ВЗАЄМОЗАЛЕЖНОГО МЕДСЕСТРИНСЬКОГО ВТРУЧАННЯ В УМОВАХ ПАНДЕМІЇ COVID 19 ТА ШЛЯХИ ЇЇ ПОКРАЩЕННЯ	62
Висновки до розділу 5	69
ВИСНОВКИ	70
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	73

АНОТАЦІЯ

Варшавський Роберт Ілліч. Науковий керівник: доц. Рега Н.І. ОЦІНКА СТАВЛЕННЯ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР ДО РІЗНИХ ВИДІВ МЕДСЕСТРИНСЬКИХ ВТРУЧАНЬ В УМОВАХ ПАНДЕМІЇ COVID 19. Тернопільський національний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України. 2023 р.

Актуальність роботи. Сестринські втручання - це дії та процедури, які здійснюють медичні сестри самостійно, чи за призначенням лікаря, щоби допомогти в лікуванні пацієнта. Медсестринські втручання значною мірою впливають на здоров'я та благополуччя хворих та безпосередньо впливають на їх одужання. Прикладом медсестринського втручання є введення ліків, здійснення перев'язок, проведення найпростіших фізіотерапевтичних процедур і, безумовно, заходи з дотримання санітарно-епідемічного режиму та профілактики внутрішньолікарняних інфекцій (ВЛІ). Медичні експерти класифікують сотні медсестринських дій як втручання і кожна медсестра повинна бути експертом в тих втручаннях, які стосуються її сестринської спеціальності [1]. Пандемія COVID-19 зробила пріоритетним напрямком кожного лікувального закладу світу надання медичної допомоги хворим, інфікованим вірусом SARS-CoV-2 [2, 3].

Враховуючи вищевикладене, метою дослідження стало - оцінити ставлення медичних сестер до різних видів медсестринських втручань з метою розширення повноважень медичної сестри при виконанні медсестринського процесу, виявити головні проблеми профілактики ВЛІ як комплексного взаємозалежного медсестринського втручання в умовах пандемії COVID 19 та запропонувати рекомендації для її покращення.

Завдання дослідження:

- Дослідити класифікацію різних видів медсестринських втручань.
- Проаналізувати ставлення медичних сестер до різних видів медсестринських втручань в аспекті особистісно орієнтованої допомоги пацієнту.
- Оцінити можливості профілактики ВЛІ як розширення зони медсестринських втручань в умовах пандемії COVID 19.

- Виявити головні проблеми профілактики ВЛІ як комплексного взаємозалежного медсестринського втручання в умовах пандемії COVID 19.

- Запропонувати рекомендації для розширення зони медсестринських втручань з метою вдосконалення виконання медсестринського процесу як важливої складової частини лікування пацієнтів.

Об'єкт дослідження: участь медичної сестри у наданні медичної допомоги хворим на коронавірусну інфекцію.

Предмет дослідження: об'єм роботи та обов'язки медичної сестри при наданні медичної допомоги хворим на коронавірусну інфекцію в умовах стаціонару.

Методи дослідження:

1. Соціологічні методи (пошук, аналіз та узагальнення літературних даних; пошук, аналіз та узагальнення науково-методичної бази основних міжнародних організацій та національних інституцій; аналіз статистичних показників).

2. Математично-статистичні.

3. Логічного узагальнення та системного підходу (для розробки рекомендацій для розширення зони медсестринських втручань з метою вдосконалення виконання медсестринського процесу як важливої складової частини лікування пацієнтів з коронавірусною інфекцією в умовах стаціонару).

4. Теоретичні (аналіз, синтез, систематизація, узагальнення, моделювання, класифікація, прогнозування);

5. Епідеміологічний,

6. Демографічний,

7. Якісні методи дослідження проблем медичних сестер стаціонарів (метод інтерв'ю).

У ході дослідження вивчено особливості виконання різних видів медсестринських втручань, особливо при наданні допомоги пацієнтам з коронавірусною інфекцією в умовах стаціонару. Нами виявлено, що медсестринський процес при наданні допомоги пацієнтам з коронавірусною інфекцією в умовах стаціонару потребує розширення повноважень медичної сестри

та має свої особливості, зокрема, При виконанні різних видів медсестринських втручань медичні сестри повинні переконатися, що оцінка потреб пацієнта та планування догляду завжди зосереджені на людині. Усі сестринські втручання мають базуватися на доказах. Цілі, встановлені в плані догляду за пацієнтом, мають бути досяжними та вимірними, а також повинні включати часові рамки, протягом яких можна досягти як короткострокових, так і довгострокових цілей. Ведення записів є життєво важливим компонентом планування медичної допомоги та є частиною інформування про аспекти догляду за пацієнтом та його прогрес у досягненні цілей з іншими медичними працівниками, залученими до догляду.

Досліджено, що переважна більшість медичних сестер не задоволені переліком існуючих медсестринських втручань та відчуває потребу розширити їх зону, переважно за рахунок взаємозалежних медсестринських втручань. Переважна кількість медичних сестер стаціонарів не має достатньої інформації про «комплексне медсестринське втручання» і відчуває гостру потребу в розширенні знань про даний вид медсестринських втручань.

Виявлено, щори госпіталізації пацієнтів із коронавірусною інфекцією у КНП «Тернопільська університетська лікарня» ТОР було проведене сортування пацієнтів по відділеннях залежно до їх стану. У пульмонологічне відділення були госпіталізовані пацієнти у важкому та критичному стані. На базі ревматологічного відділення переважно проводилось лікування пацієнтів у середньоважкому стані, що потребували проведення постійної замісної ниркової терапії. На базі гастроентерологічного відділення були госпіталізовані переважно пацієнти в стані середньої важкості.

Кількість медичного персоналу на чергуваннях у всіх відділеннях КНП «Тернопільська університетська лікарня» ТОР була однаковою, що відповідало штатному розпису. Однак, це вело до перевантаженості співробітників пульмонологічного відділення. Особливо напруженою була праця медичних сестер відділення.

Доведено, що ролі та обов'язки медичної сестри з розширеними повноваженнями, зокрема, як фахівця з інфекційного контролю мають бути

визначені та збалансовані на рівні відділення з урахуванням місцевих особливостей та динаміки керівництва. Якщо ці зацікавлені сторони можуть об'єднати зусилля, створюються умови для ефективного впровадження безпечних практик із різними видами медсестринських втручань, які адаптовані до місцевих пріоритетів, культури підопічних та різних факторів і бар'єрів. Медична сестра з розширеними повноваженнями працює в тісній взаємодії з іншими учасниками лікувального процесу. Зокрема, завідуючий відділенням має офіційні повноваження і може насамперед підтверджувати важливість профілактики ВЛІ і роль медсестри в ній. Співпраця з колегами може допомогти, транслюючи знання щодо запобігання ВЛІ. Коли медичні сестри зосереджуються на розвитку позитивних стосунків із колегами, це сприяє взаємодії, взаєморозумінню і, отже, покращує засвоєння знань. Аналіз досвіду роботи персоналу медичних сестер у профілактиці ВЛІ вказує на важливість натхнення та підтримки, щоб допомогти медичним сестрам взяти на себе свою роль у профілактиці ВЛІ.

Ключові слова: медсестринський процес, медсестринські втручання, COVID-19.

Список використаних джерел.

1. Rørtveit K. Qualitative evaluation in nursing interventions // A review of the literature. Kristine Rørtveit, Britt Saetre Hansen, Inge Joa, Kirsten Lode, Elisabeth Severinsson. -First published: 02 June 2020. - <https://doi.org/10.1002/nop2.519>.
2. С. А. Комісаренко. Полювання вчених на коронавірус SARS-Cov-2, що викликає COVID-19: наукові стратегії подолання пандемії а [Текст] // Вісник НАН України. – 2020. - № 8. – С. 29-71.
3. М.І. Дземан. Пандемія COVID-19: від гострого респіраторного вірусного захворювання до коронавірусної хвороби // Практикуючий лікар. – 2021. - № 4. - С. 5-23.

ABSTRACT

Robert Warszawskii. Research supervisor: Assoc. Pr. N. Reha. ASSESSMENT OF NURSES' ATTITUDES TOWARDS DIFFERENT TYPES OF NURSING INTERVENTIONS IN THE CONDITIONS OF THE PANDEMIC COVID 19. I. Ya. Gorbachevskii Ternopil National Medical University of Ministry of Health of Ukraine, 2023.

Relevance of work. Nursing interventions are actions and procedures performed by nurses independently or as prescribed by a physician to assist in the treatment of a patient. Nursing interventions greatly affect the health and well-being of patients and directly affect their recovery. An example of nursing intervention is the administration of drugs, the implementation of dressings, the implementation of the simplest physiotherapeutic procedures and, of course, measures to observe the sanitary and epidemic regime and the prevention of nosocomial infections. Medical experts classify hundreds of nursing actions as interventions and each nurse should be an expert in those interventions that relate to her nursing specialty [1]. The COVID-19 pandemic has made the provision of medical care to patients infected with the SARS-CoV-2 virus a priority for every medical institution in the world [2, 3].

Taking into account the above, the aim of the study was to evaluate the attitude of nurses to various types of nursing interventions in order to expand the powers of the nurse in performing the nursing process, to identify the main problems of prevention of VLI as a complex interdependent nursing intervention in the conditions of the COVID 19 pandemic, and to propose recommendations for its improvement.

Objectives of the study:

- Study the classification of different types of nursing interventions.
- To analyze the attitude of nurses to various types of nursing interventions in the aspect of personally oriented assistance to the patient.
- To evaluate the possibilities of prevention of VLI as an expansion of the area of nursing interventions in the conditions of the COVID 19 pandemic.
- To identify the main problems of the prevention of VLI as a complex interdependent nursing intervention in the conditions of the COVID 19 pandemic.

- To propose recommendations for expanding the area of nursing interventions in order to improve the implementation of the nursing process as an important component of patient treatment.

The object of the study: the participation of a nurse in the provision of medical care to patients with a coronavirus infection.

The subject of the study: the scope of work and duties of a nurse when providing medical care to patients with a coronavirus infection in hospital conditions.

Research methods:

1. Sociological methods (search, analysis and generalization of literary data; search, analysis and generalization of the scientific and methodological base of major international organizations and national institutions; analysis of statistical indicators).

2. Mathematical and statistical.

3. Logical generalization and systemic approach (for the development of recommendations for expanding the area of nursing interventions in order to improve the implementation of the nursing process as an important component of the treatment of patients with coronavirus infection in hospital conditions).

4. Theoretical (analysis, synthesis, systematization, generalization, modeling, classification, forecasting);

5. Epidemiological,

6. Demographic,

7. Qualitative methods of researching the problems of inpatient nurses (interview method).

In the course of the study, the peculiarities of performing various types of nursing interventions were studied, especially when providing assistance to patients with coronavirus infection in hospital conditions. We discovered that the nursing process in providing care to patients with coronavirus infection in hospital conditions requires expanding the powers of the nurse and has its own characteristics, in particular, when performing various types of nursing interventions, nurses must make sure that the assessment of the patient's needs and care planning are always focused on the person .

All nursing interventions should be evidence-based. The goals set in the patient's care plan should be achievable and measurable, and should include a time frame within which both short-term and long-term goals can be achieved. Record keeping is a vital component of care planning and is part of communicating aspects of the patient's care and progress towards goals with other healthcare professionals involved in the care. It has been studied that the vast majority of nurses are not satisfied with the list of existing nursing interventions and feel the need to expand their area, mainly due to interdependent nursing interventions. The majority of inpatient nurses do not have sufficient information about "complex nursing intervention" and feel an urgent need to expand their knowledge of this type of nursing intervention.

It was revealed that every time patients with a coronavirus infection were hospitalized in the Ternopil University Hospital, TOR, patients were sorted into departments depending on their condition. Patients in severe and critical condition were hospitalized in the pulmonology department. On the basis of the rheumatology department, the treatment of patients in a moderately severe condition, who needed permanent renal replacement therapy, was mainly carried out. On the basis of the gastroenterology department, mainly patients in a state of moderate severity were hospitalized. The number of medical personnel on duty in all departments of the "Ternopil University Hospital" TOR was the same, which corresponded to the staffing schedule. However, this led to overloading of the staff of the pulmonology department. The work of the nurses of the department was especially intense.

It has been proven that the roles and responsibilities of the advanced practice nurse, particularly as an infection control specialist, must be defined and balanced at the ward level, taking into account local characteristics and management dynamics. If these stakeholders can join forces, the conditions are created for effective implementation of safe practices with a variety of nursing interventions that are tailored to local priorities, patient culture, and various factors and barriers. A nurse with extended powers works in close cooperation with other participants in the treatment process. In particular, the head of the department has official authority and can primarily confirm the importance of prevention of VLI and the role of the nurse in it. Collaborating with colleagues can help

by sharing knowledge about VLI prevention. When nurses focus on developing positive relationships with colleagues, it promotes interaction, mutual understanding, and therefore improves knowledge acquisition. An analysis of the experience of nursing staff in ALI prevention indicates the importance of inspiration and support to help nurses assume their role in ALI prevention.

Key words: nursing process, nursing interventions, COVID 19.

References.

1. Rørtveit K. Qualitative evaluation in nursing interventions // A review of the literature. Kristine Rørtveit, Britt Saetre Hansen, Inge Joa, Kirsten Lode, Elisabeth Severinsson. -First published: 02 June 2020. - <https://doi.org/10.1002/nop2.519>.
2. S. A. Komisarenko. Polyuvannya vchenykh na koronavirus SARS-Cov-2, shcho vyklykaye COVID-19: naukovi stratehiyi podolannya pandemiyi a [Tekst] // Visnyk NAN Ukrayiny. – 2020. - № 8. – S. 29-71.
3. M.I. Dzeman. Pandemiya COVID 19: vid hostroho respiratornoho virusnoho zakhvoryuvannya do koronavirusnoyi khvoroby // Praktykuyuchy likar. – 2021. - № 4. - S. 5-23.

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

ВЛІ - внутрішньолікарняна інфекція

ЗОЗ - заклад охорони здоров'я

ТКНП – Тернопільське комунальне некомерційне підприємство

ТОР – Тернопільська обласна рада

ТУЛ – Тернопільська університетська лікарня

ВСТУП

Актуальність теми. Медичні сестри - це важливий медичний персонал, який виконує завдання, які прямо впливають на самопочуття та одужання пацієнтів. Ці завдання, відомі як медсестринські втручання, включають будь-які діагностичні чи лікувальні процедури, або ж інформаційну взаємодію з пацієнтом, його родичами та іншими медичними працівниками, які є частиною цілісного плану догляду за пацієнтом.

Медичні сестри відіграють важливу роль в оцінці та плануванні догляду за пацієнтами. Це наголошується в освітніх стандартах майбутніх медичних сестер [1-3]. Особливо важливим є особистісно орієнтований догляд для оцінки потреб пацієнтів, планування етапів догляду, планування моделі догляду та шляхів догляду. Надання особистісно-орієнтованої допомоги та медсестринське втручання є життєво важливими компонентами ефективної оцінки стану пацієнта та планування і проведення догляду. Оцінка — це форма діалогу між пацієнтом і медичною сестрою, під час якого вони обговорюють потреби пацієнта з метою сприяння його благополуччю та здійснення того, що він очікує у своєму повсякденному житті. Сестринська оцінка передбачає збір даних від пацієнта та аналіз інформації для визначення потреб пацієнта, які іноді описуються як проблеми.

У процесі планування догляду використовуються різні стратегії для вирішення потреб, визначених під час оцінювання. В ідеалі це включатиме вибір відповідних сестринських втручань, заснованих на доказах. Під час планування медичної допомоги потреби та побажання пацієнта повинні бути пріоритетними, а сам пацієнт має бути залучений до процесу прийняття рішень, щоб забезпечити підхід, орієнтований на людину. Запланована допомога повинна враховувати стан пацієнта, особисті якості та його вибір.

Вивчення типів медсестринських втручань є однією з найважливіших частин підготовки медичних сестер до практичної діяльності та до повноцінної та успішної кар'єри в цій медичній професії.

Сестринські втручання - це дії та процедури, які здійснюють медичні сестри самостійно, чи за призначенням лікаря, щоби допомогти в лікуванні пацієнта. Медсестринські втручання значною мірою впливають на здоров'я та благополуччя хворих та безпосередньо впливають на їх одужання. Прикладом медсестринського втручання є введення ліків, здійснення перев'язок, проведення найпростіших фізіотерапевтичних процедур і, безумовно, заходи з дотримання санітарно-епідемічного режиму та профілактики внутрішньолікарняних інфекцій (ВЛІ). Медичні експерти класифікують сотні медсестринських дій як втручання і кожна медсестра повинна бути експертом в тих втручаннях, які стосуються її сестринської спеціальності [4]. Пандемія COVID-19 зробила пріоритетним напрямком кожного лікувального закладу світу надання медичної допомоги хворим, інфікованим вірусом SARS-CoV-2 [5,6]. Поява вірусу тяжкого гострого респіраторного синдрому поставила перед фахівцями охорони здоров'я завдання, пов'язані зі швидкою діагностикою та наданням медичної допомоги пацієнтам. За 2019 – 2020 роки пандемія COVID-19 досягла кожного континенту, було зареєстровано понад 111 млн лабораторно підтверджених випадків і понад 2,4 млн смертей [7,8]. Лікарні всіх рівнів надання медичної допомоги були змушені працювати в режимі надзвичайної ситуації за напруженим графіком роботи тривалий час. На Тернопільщині пік пандемії припав на початок 2021 року, що зумовило включення до надання медичної допомоги хворим на коронавірусну інфекцію всіх лікувальних закладів, в тому числі і КНП «Тернопільська університетська лікарня» ТОР.

Мета дослідження - оцінити ставлення медичних сестер до різних видів медсестринських втручань з метою розширення повноважень медичної сестри при виконанні медсестринського процесу, виявити головні проблеми профілактики ВЛІ як комплексного взаємозалежного медсестринського втручання в умовах пандемії COVID 19 та запропонувати рекомендації для її покращення.

Завдання дослідження:

- Дослідити класифікацію різних видів медсестринських втручань.
- Проаналізувати ставлення медичних сестер до різних видів медсестринських втручань в аспекті особистісно орієнтованої допомоги пацієнту.

- Оцінити можливості профілактики ВЛІ як розширення зони медсестринських втручань в умовах пандемії COVID 19.
- Виявити головні проблеми профілактики ВЛІ як комплексного взаємозалежного медсестринського втручання в умовах пандемії COVID 19.
- Запропонувати рекомендації для розширення зони медсестринських втручань з метою вдосконалення виконання медсестринського процесу як важливої складової частини лікування пацієнтів.
 - **Об'єкт дослідження:** участь медичної сестри у наданні медичної допомоги хворим на коронавірусну інфекцію.
 - **Предмет дослідження:** об'єм роботи та обов'язки медичної сестри при наданні медичної допомоги хворим на коронавірусну інфекцію в умовах стаціонару.

Методи дослідження:

4. Соціологічні методи (пошук, аналіз та узагальнення літературних даних; пошук, аналіз та узагальнення науково-методичної бази основних міжнародних організацій та національних інституцій; аналіз статистичних показників).
5. Математично-статистичні.
6. Логічного узагальнення та системного підходу (для розробки рекомендацій для розширення зони медсестринських втручань з метою вдосконалення виконання медсестринського процесу як важливої складової частини лікування пацієнтів з коронавірусною інфекцією в умовах стаціонару).
 4. Теоретичні (аналіз, синтез, систематизація, узагальнення, моделювання, класифікація, прогнозування);
 5. Епідеміологічний,
 6. Демографічний,
 8. Якісні методи дослідження проблем медичних сестер стаціонарів (метод інтерв'ю).

Наукова новизна. Автор вперше проаналізував ставлення медичних сестер до різних видів медсестринських втручань з метою удосконалення виконання етапів медсестринського процесу як важливої складової частини лікування

пацієнтів, виявив проблеми медичних сестер стаціонарних відділень закладів охорони здоров'я (ЗОЗ).

Практичне значення одержаних результатів. Проведені дослідження допомогли проаналізувати ставлення медичних сестер до різних видів медсестринських втручань з метою удосконалення виконання етапів медсестринського процесу як важливої складової частини лікування пацієнтів, виявити проблеми медичних сестер стаціонарних відділень закладів охорони здоров'я (ЗОЗ) на регіональному рівні.

Апробація результатів роботи. Результати досліджень, що включені до кваліфікаційної роботи, оприлюднені на підсумкових науково-практичних конференціях.

Публікації. За матеріалами кваліфікаційної роботи опубліковано 2 наукових праці у фаховому науковому журналі «Медсестринство».

Обсяг та структура кваліфікаційної роботи. Кваліфікаційна робота викладена на 81 сторінках і складається із вступу, огляду літератури, власних досліджень та аналізу їх результатів, висновків, списку використаної літератури.

Робота містить 3 таблиці і 7 рисунків.

РОЗДІЛ 1 ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ

1.1. Медсестринські втручання в аспекті особистісно орієнтованої допомоги пацієнту.

У сучасних міжнародних професійних стандартах медичної сестри підкреслюється важливість партнерської роботи з пацієнтами для забезпечення надання ефективної високоякісної медичної допомоги та залучення їх до лікування, що включає розширення прав і можливостей пацієнтів шляхом надання їм можливості приймати власні рішення [9]. Пацієнта слід розглядати цілісно, приділяючи важливе значення фізичним, психологічним, соціальним і духовним аспектам життя людини, які є нерозривними. Внутрішні фактори стану пацієнта часто впливають на його згоду із запропонованими порадами та лікуванням. Отже, важливо розуміти причини незгоди та адаптувати лікування/рекомендації для кожної людини, що покращить якість наданої медичної допомоги.

Брукер (2007) розробив аббревіатуру VIPS, щоб усунути певну плутанину навколо того, що слід, а що не слід сприймати як особистісно орієнтовану допомогу [10]. VIPS наголошує на наступному:

V – це основа цінностей, яка підтверджує цінність кожної людини, незалежно від віку та когнітивних здібностей. Це основа для індивідуального догляду.

I — це індивідуальний догляд, який враховує індивідуальні особливості та цілісні потреби людини

P — це погляд на світ з точки зору пацієнта, щоб гарантувати, що медичний працівник врахує точку зору пацієнта під час надання допомоги.

S — це підтримка соціального середовища, яке підтримує психологічні потреби пацієнта, включаючи розумові, емоційні та духовні потреби.

Планування догляду має важливе значення для надання відповідного медсестринського догляду. Після оцінки потреб пацієнта наступним етапом є «планування допомоги» для вирішення фактичних і потенційних проблем хворого. Це допомагає визначити пріоритети потреб пацієнта та допомагає встановити

особистісно орієнтовані цілі. Запланований догляд змінюватиметься, коли змінюватимуться потреби пацієнта та коли медсестра та/або інші медичні працівники виявлятимуть нові потреби. Планування догляду допомагає фахівцям повідомляти інформацію про лікування пацієнта іншим [11-12], щоб забезпечити безперервність догляду. Спілкування може бути переважно вербальним, але воно також завжди включатиме документацію в різних форматах, включаючи комп'ютерні, рукописні або попередньо надруковані плани догляду.

Важливим є те, щоби медичні сестри враховували свій стиль консультування під час розробки плану догляду, щоб зменшити ризик патерналізму під час спілкування з пацієнтом та обговорення його потреб. Спільна консультація заохочує пацієнтів брати участь у лікуванні та покращує стосунки, тоді як патерналістський підхід, як правило, мінімізує участь і відповідальність за власні потреби в догляді та може погіршити результати лікування та узгодженість [13]. Стиль співпраці/партнерства сприяє орієнтованому на людину підходу практикуючих лікарів і залучає пацієнта до свого догляду. Такий підхід може включати запитання на зразок: «У нас є різні типи підходів до лікування, які можна розглянути, які ваші переваги?» Це на відміну від патерналістського стилю консультації, коли медичний працівник оголошує будь-які рішення такими заявами, як : «Я збираюся призначити вам певне лікування».

- Медсестринські пропозиції щодо спілкування.
- Пацієнт повинен знати причину оцінки.
- Оцінка має бути гнучкою та адаптуватися до потреб особи.
- Пацієнт має бути повністю залучений, а його гідність, незалежність та інтереси мають бути першочерговими.
- За бажанням пацієнт може мати когось із собою.
- Під час консультації слід використовувати відповідну мову та термінологію.
- Необхідно враховувати різноманіття індивідуальних пацієнтів, їхні переконання, цінності, культуру та обставини.

- Важливо враховувати стать, сексуальність, етнічну приналежність, інвалідність і релігію пацієнта як частину оцінки.
- Будьте відкритими для вислуховування особистої історії та історії життя пацієнта.
- Необхідно враховувати потреби всієї родини, включаючи потреби пацієнта та осіб, які за ним доглядають: пам'ятайте про важливість надання цілісної допомоги.
- Слід також враховувати економічну ефективність

Етапи планування догляду

Планування догляду описано як третій етап медсестринського процесу . Це включає оцінку потреб пацієнта, визначення проблеми (проблем), встановлення цілей, розробку втручань, що ґрунтуються на доказах, і оцінку результатів[14-15]. Планування вимагатиме від медичного працівника застосування високого рівня критичного мислення, навичок прийняття рішень і вирішення проблем. Важливо зазначити, що план догляду розробляють після того, як пацієнта було оцінено через призначення медсестринських дій або через спільну роботу за участю мультидисциплінарної команди. У деяких ситуаціях будуть відмінності між тим, що медсестра вважає пріоритетом з точки зору потреб пацієнта, і тим, що пацієнт хоче. Прикладом цього може бути пацієнт із проблемами психічного здоров'я, який може мати високий ризик самоушкодження, за яким може знадобитися періодичне 15-хвилинне спостереження. У таких випадках буде вважатися, що пацієнт не має можливості приймати рішення, і медсестра повинна буде використовувати своє клінічне судження, щоб призначити найкращий варіант лікування. План догляду все ще можна узгодити разом з пацієнтом, якщо медсестра пояснить причини втручань і визнає в плані догляду, що це не є перевагою вибору пацієнта.

Виявлення потреб.

У рамках процесу планування догляду медсестра визначить потреби/проблеми пацієнта та запропонує набір втручань для їх вирішення в порядку пріоритету, гарантуючи, що все узгоджено з пацієнтом. Щоб гарантувати

встановлення відповідних цілей, потреби пацієнта будуть класифіковані як високі, проміжні та низькі.

Цілі.

Кожна ціль вказує на очікуваний результат разом із запропонованими втручаннями, необхідними для задоволення проблем/потреб пацієнта, і всі вони мають бути зосереджені на пацієнтові. Важливо у співпраці з пацієнтом, встановити як короткострокові, досяжні цілі, так і довгострокові цілі, для досягнення яких можуть знадобитися дні, тижні або місяці. Один із способів, яким медсестри можуть це забезпечити, полягає в застосуванні підходу до цілепокладання SMART, щоб переконатися, що цілі є:

- Специфічними
- Вимірними
- Досяжними
- Реалістичними
- Своєчасними (у визначений термін).

Втручання – це медсестринські дії/процедури або лікування, засновані на клінічному судженні та знаннях, які виконуються для задоволення потреб пацієнтів. Дії повинні базуватися на доказах і вказувати, хто їх виконуватиме, коли та як часто. Заплановані втручання будуть узгоджені з пацієнтом з метою покращення стану його здоров'я, і кожна наступна дія має бути спрямована на досягнення цілей, поставлених на попередньому етапі. Брукс (2019) окреслив три типи втручання [18].

- Ті, що самостійно ініційовані медсестрами
- Ті, що залежать від лікаря чи інших медичних працівників
- Ті, що взаємозалежні, тобто ті, що покладаються на досвід, навички та знання багатьох професіоналів.

Незалежні сестринські втручання плануються та здійснюються медсестрами самостійно [19], і ці дії не вимагають від медсестри вказівок іншого медичного працівника. Під час втручання, яке залежить від інших медичних працівників, медсестри повинні визначити відповідність будь-яких вказівок від

інших медичних працівників перед їх виконанням, оскільки медсестра залишається відповідальною за дії, наприклад, призначення призначених ліків [19]. У зв'язку з розвитком медсестринської професії деякі досвідчені медсестри тепер можуть призначати втручання, наприклад, призначення ліків може здійснюватися незалежними медсестрами або додатковими медсестрами [16].

Взаємозалежні втручання зазвичай фіксуються в планах спільної допомоги, які розглядаються на міждисциплінарних зустрічах і повинні бути погоджені всіма залученими сторонами. І цілі, і втручання повинні бути своєчасно доведені до відома всіх, хто залучений до догляду за пацієнтом.

Оцінка

Це етап, коли заплановане втручання оцінюється, щоб оцінити, чи було воно досягнуто. Це може бути безперервним процесом, і план догляду повинен документувати частоту та часові рамки для оцінки втручання. Якщо початкова мета стає недосяжною, медсестра повинна буде переоцінити потреби пацієнта та переглянути втручання.

Переваги планування догляду

Метою планування медичної допомоги є покращення якості медичної допомоги та її результатів шляхом поваги до індивідуальних побажань і надання пацієнтам можливості визнати відповідальність за свій стан та забезпечення можливості впливати на результати. Медичні працівники повинні залучати людей до прийняття рішень і допомагати їм контролювати своє здоров'я, погоджуючи спільні цілі для покращення результатів. Це принесе додаткові переваги як пацієнтам, так і ЗОЗ, оскільки зменшить кількість візитів до лікаря загальної практики та екстрених госпіталізацій, які можуть знадобитися пацієнту. Сприяння самостійному лікуванню довгострокових захворювань також може допомогти уповільнити прогресування хвороби [21].

Планування догляду дає пацієнтам можливість піклуватися про себе, коли вони самостійно контролюють своє здоров'я, особливо, коли вони можуть мати труднощі з доступом до медичного працівника. Це стало очевидним під час пандемії COVID 19. Протягом останніх кількох років планування догляду почали

використовувати у громадському медсестринстві, що стало очевидним під час пандемії, зокрема у сфері психічного здоров'я, оскільки це веде до кращого узгодження пацієнтів із лікуванням та іншими потребами догляду без необхідності постійної участі медичних працівників. Це приносить користь як медичним працівникам, так і медичним сестрам: це підвищує задоволеність роботою, забезпечує економію та покращує якість догляду за пацієнтами [22].

Моделі догляду використовуються для надання допомоги у сфері охорони здоров'я. Модель інтегрованої медичної допомоги є багатогранною та дає змогу координувати допомогу різними фахівцями з охорони здоров'я та соціальної сфери для задоволення індивідуальних потреб пацієнтів. Він охоплює медичну допомогу, орієнтовану на пацієнта, і дає змогу медичному персоналу різних ЗОЗ зменшити дублювання, плутанину, затримки та прогалини в послугах [23]. У сучасній службі охорони здоров'я це найкраща модель догляду. План догляду є невід'ємною частиною цієї моделі, оскільки він дає змогу створювати спільні плани догляду, які відображають різні процеси догляду. Він стає орієнтиром для різних ЗОЗ, які беруть участь у догляді за пацієнтами, забезпечуючи координацію медичної допомоги між службами [24].

Шляхи надання медичної допомоги, які також відомі як критичні шляхи, клінічні шляхи, інтегровані шляхи надання медичної допомоги, та карти надання медичної допомоги, використовуються для опису конкретного маршруту пацієнта, який диктує догляд, який необхідно надати, або процес, якого слід дотримуватися для конкретного стану пацієнта або його потреби. Процес догляду, заснований на фактичних даних, встановлюється для конкретних умов шляхом врахування експертної думки, яка враховує докази для рекомендації втручань, які, як було доведено, досягають кращих результатів для здоров'я з більшою економічною ефективністю [25].

Шляхи надання допомоги часто розробляються на місцевому рівні, і було доведено, що вони ефективні для задоволення місцевих потреб. Відомо також, що вони покращують взаємодію між різними сферами надання медичної допомоги. Клінічні шляхи лікування спрямовані на надання ефективної медичної допомоги

відповідно до групи захворювань пацієнтів, таким чином скорочуючи тривалість перебування в лікарні, що призводить до економічно ефективної медичної допомоги [26].

Важливість медичної документації:

Точне ведення записів має важливе значення для оцінки потреб і планування догляду [27]. Ведення записів є фундаментальним для медсестринської практики, записи мають бути точними.

Медичні працівники повинні усвідомлювати необхідність юридичної відповідальності при документуванні допомоги в письмовому вигляді, оскільки такі записи можуть бути використані в будь-якому судовому процесі [28]. Записи стосуються не лише історії пацієнта, але й усіх записів, пов'язаних із сферою діяльності окремої медсестри. Важливо включити особу, за якою надається догляд, у процес ведення записів, яку слід попросити підписати план догляду, якщо він має для цього можливість [29]. Якщо користувач послуги не може підписати або погодитися на запланований догляд, варто зробити запис у документації з догляду та вказати причину [30].

На додаток до записів на паперових носіях, плани догляду можна вводити в електронну систему медичних записів/карт пацієнтів, яка використовується в ЗОЗ [31]. Є кілька важливих факторів, які слід враховувати під час написання цілеспрямованого плану догляду, орієнтованого на людину. Один із них полягає в тому, щоб чітко задокументувати потреби пацієнта в деталях і використовувати мову пацієнта, коли це можливо, наприклад: «Містер Д. любить одягатися стильно щоранку, але йому важко зробити вибір одягу для носіння». .» Прикладом невдалого способу запису тієї самої проблеми може бути: «Містер D не вміє одягатися сам», а мета: «Містер D буде виглядати стильно одягненим». Задokumentована ціль/задача плану догляду повинна бути визначена шляхом застосування акроніму SMART. Тому життєво важливо переконатися, що мета є конкретною, зосереджуючись на проблемах, які можна виміряти, з цілями, які є досяжними та реалістичними. Також важливо запропонувати та зафіксувати часові рамки, протягом яких можна досягти короткострокових і довгострокових цілей

пацієнта. Стосовно одягу пана Д. може підійти щоденний часовий проміжок. Щоб дійти згоди щодо цього питання, пана Д. можна запитати: «Пане Д., чи хотіли б ви мати можливість робити свій власний вибір одягу для кожного дня за підтримки персоналу?» Прогнозована щоденна мета тоді буде записані як частина документації плану догляду.

Втручання має визначати, як ціль буде досягнута, включно з тим, хто відповідатиме за виконання кожного завдання. Це може бути чергова медсестра, маніпуляційна медсестра, старша медсестра та/або пацієнт. Оцінку слід проводити регулярно та задокументовано, і вона повинна відповідати пропонованим часовим рамкам, окресленим як частина запропонованого втручання. Оцінки слід проводити щоразу, коли виконуються дії відповідно до кожного запропонованого втручання, а також документуються подробиці прогресу проблеми/потреб пацієнта.

Висновки:

Медичні сестри повинні переконатися, що оцінка потреб пацієнта та планування догляду завжди зосереджені на людині.

Усі сестринські втручання мають базуватися на доказах.

Цілі, встановлені в плані догляду за пацієнтом, мають бути досяжними та вимірними, а також повинні включати часові рамки, протягом яких можна досягти як короткострокових, так і довгострокових цілей.

Ведення записів є життєво важливим компонентом планування медичної допомоги та є частиною інформування про аспекти догляду за пацієнтом та його прогрес у досягненні цілей з іншими медичними працівниками, залученими до догляду.

Слід використовувати рефлексивні запитання.

У контексті здоров'я пацієнта, чого ви повинні прагнути зробити під час планування догляду?

Кого ви повинні залучити до планування догляду і чому? Чи повинен пацієнт мати копію плану догляду?

Чи прийнятно знищувати плани догляду чи інші записи?

Коли слід переглянути плани догляду?

1.2. Головні проблеми профілактики ВЛІ як комплексного взаємозалежного медсестринського втручання в умовах пандемії COVID 19.

Під час глобальної пандемії збільшення кількості госпіталізованих пацієнтів, уражених COVID-19, призвело до нестачі медсестер. Така ситуація змусила медсестер зосередити свою увагу на лікуванні гострих аспектів захворювання, нехтуючи втручаннями, які можуть гуманізувати їхню практику та покращити якість догляду. Втручання медперсоналу, які можуть гуманізувати догляд за пацієнтами, постраждалими від COVID-19, в ізоляторах, охоплюють дві теми: «експресивні вимірні втручання», пов'язані зі встановленням спілкування з пацієнтами та їхніми сім'ями, забезпеченням психологічного комфорту, спільним прийняттям рішень та навчання пацієнтів; та «інструментальне втручання», пов'язане із забезпеченням фізичного комфорту пацієнтів та лікуванням симптомів [36].

Для лікування госпіталізованих пацієнтів із діагнозом або підозрою на COVID-19 було розроблено політику, яка базуєвалась на суворій ізоляції через високий рівень інфікування та ризик зараження [37-38]. Однак не вистачало рекомендацій для лікарняних медсестер щодо втручань, які дозволять їм гуманізувати допомогу, яку вони надають пацієнтам, ураженим COVID-19.

Лікарні по всьому світу вжили суворих заходів щодо ізоляції пацієнтів з діагнозом або підозрою на COVID-19. Однак через високий рівень інфікування та ризик зараження пацієнтам, госпіталізованим в ізолятори, зазвичай не дозволяли відвідувати відвідувачів, і ця політика продовжується в багатьох місцях, особливо під час спалахів інфекцій [37-38].

На гуманізований догляд впливає життєвий досвід людини, реакція людини на здоров'я та хворобу, взаємодія між навколишнім середовищем і людиною, взаємодія між тими, хто бере участь у догляді, а також знання медсестри про процес догляду через самопізнання та розуміння обмежень влади у стосунках. Ці стосунки залежать від інтерактивного процесу, зустрічі між тими, хто піклується і про кого піклуються, виходячи за межі конкретних цілей, щоб взаємодіяти з емоційним і суб'єктивним світом пацієнта [39]. Беручи до уваги контекстуальні рамки, в яких відбуваються стосунки з доглядом за пацієнтами з COVID-19, багато перешкод можуть поставити під загрозу гуманізацію.

Після спалаху COVID-19 медсестри вміло реагували на потреби людей, уражених цим коронавірусом, і допомагали запобігати поширенню хвороби. Управління ресурсами та медсестринський догляд для цієї групи населення мають важливе значення для того, щоб люди отримували якісну допомогу та досягали кращих результатів для здоров'я [40-41].

Через збільшення кількості хворих на COVID-19 спостерігається дефіцит медсестер [42]. Відповідно, медсестри часто «з'єднують» свої втручання з догляду, щоб оптимізувати розпорядок дня та уникнути багаторазових входів у кімнати пацієнтів. Однак ця зміна в поведінці медсестер посилює ізоляцію та відчуття відірваності пацієнтів від інших, що призводить до почуття самотності та нудьги. Це ускладнюється труднощами у спілкуванні між пацієнтами та медичними працівниками, а також між пацієнтами та їхніми близькими [37]. Крім того, під час цієї ізоляції людина не може мати особистих речей або виконувати свої звичні справи, що призводить до розчарування, тривоги та депресії. Крім того, невизначеність через можливі віддалені наслідки діагнозу COVID-19, включаючи тривогу, пов'язану з фінансовими проблемами, невизначеність щодо тривалості перебування та страх стигматизації, також є проблемою для пацієнтів в ізоляції [33]. Ці аспекти ще більше ускладнюються, оскільки медсестри, перед обличчям

зростаючої чисельності та скорочення персоналу, повинні переорієнтувати увагу на управління доглядом і пом'якшення захворюваності внаслідок COVID 19, часто нехтуючи втручаннями, які можуть гуманізувати їхню практику [43].

Навіть до пандемії COVID-19, незважаючи на спроби забезпечити гуманний сестринський догляд у їхній повсякденній практиці, кілька досліджень виявили значні недоліки, зокрема часті скарги пацієнтів через прогалини в комунікації, недоліки в догляді та дегуманну практику догляду [44-47].

З цього аналізу два виміри догляду з Теорії догляду за людиною [47] стали темами для втручань медсестер. Ця теорія визнає, що професійна практика медсестер поєднує в собі два виміри турботи, інструментальний і експресивний, обидва з яких однаково необхідні для надання цілісної гуманної допомоги. Інструментальний вимір догляду орієнтований на дії та має на меті забезпечити сестринський догляд, який відповідає потребам фізичного здоров'я пацієнтів. Експресивний вимір догляду орієнтований на пацієнта та базується на розвитку терапевтичних міжособистісних стосунків між медсестрами та пацієнтами.

Багато досліджень були проведені в Китаї [42, 51-54], одне в Сполучених Штатах [56], одне в Сінгапурі [36] та ще одне в Італії [53].

Експресивна допомога базується на розвитку міжособистісних стосунків між медсестрою та пацієнтом. Він орієнтований на пацієнта та спрямований на вирішення психосоціальних потреб, вселяючи надію та довіру до процесу зцілення [55].

Стратегії спілкування. Усі дослідження підкреслюють, що спілкування є важливим заходом для встановлення міжособистісних стосунків між медсестрою та пацієнтом. Наприклад, у Chen et al. [49] у дослідженні, спрямованому на зменшення труднощів у спілкуванні з пацієнтом із втратою слуху, команда медсестер використовувала письмо для спілкування з пацієнтом, створюючи сховище друкованих карток зі звичайними словами, пов'язаними з доглядом,

інтегруючи деякі прості знаки для забезпечення взаємодії. Медсестри також використовували програму соціальної мережі на мобільному телефоні для спілкування з пацієнтом [49].

Інші дослідження також повідомляли, що технологічні навички медсестер використовувалися для вираження турботи. У цих дослідженнях медсестри вдавалися до використання технологій для встановлення комунікації та підтримки довіри через віртуальне середовище [37,50-51].

Крім того, дослідження Мультидисциплінарної робочої групи ComuniCovid [24] підготувало докази та вказівки, які допоможуть командам догляду спілкуватися з родинами, які віддалені від пацієнта, використовуючи контрольний список для телефонного спілкування. Також, повідомляється, що спеціальна команда сімейних комунікацій розглядала ризик фрагментованого спілкування з членами сім'ї. Ця команда встановлює телефонний зв'язок із членами сім'ї, щоб надати актуальну клінічну інформацію та постійну підтримку під час госпіталізації їхніх родичів [55].

Психологічний комфорт. Щоб забезпечити психологічний комфорт пацієнтам, медсестри повинні встановити терапевтичні стосунки. Ці стосунки починаються з того, що пацієнти приймають тепло, ввічливо та поміркованим голосом, представляють себе ім'ям та посадою [38], демонструють співчуття [53], активно збирають інформацію про пацієнтів, прислухаються до їхніх потреб і підтримують безпечне середовище [50]. Медсестрам також необхідно розробити практики своєчасного догляду, які зосереджені на проблемах пацієнтів, не пов'язаних з діагнозом, а також на потребах лікування [50]. Нарешті, медсестри повинні надавати належну емоційну підтримку за допомогою таких жестів, як зоровий контакт, дотик, кивок, рукостискання та жести піднятого великого пальця [51].

Що стосується психологічного комфорту, існує сценарій, у якому медсестри використовували планшетні комп'ютери біля ліжка, щоб покращити зв'язок між медичними працівниками та пацієнтами, а також забезпечити розваги та інформацію за допомогою попередньо завантажених електронних книг та ігор для пацієнтів [37]. Надання розваг і фітнес-заходів є втручанням, яке дозволяє розвивати гуманістичне середовище, а отже, забезпечувати психологічний комфорт [50]. Варто також зазначити, що психологічний комфорт розвивається через заохочення та полегшення здатності пацієнта спілкуватися зі своїми родичами [36,37,51]. Крім того, медсестри також забезпечують психологічний комфорт сім'ям пацієнтів, надаючи клінічну інформацію та постійну підтримку [52].

Спільне прийняття рішень.

Щоб прийняти рішення, медсестри надавали теплий догляд, встановлювали довірливі стосунки між медсестрою та пацієнтом і використовували обходи палат, патрулювання, щоб надати пацієнтам медичну освіту [50]. Для спільного прийняття рішень медсестри повинні надавати пацієнтам постійну інформаційну підтримку та заохочувати їх до активної співпраці в лікуванні [51, 37]. Також можна застосовувати техніку терапевтичного спілкування з мотиваційним інтерв'ю, щоб активно слухати та залучати пацієнтів. Ця техніка дозволяє їм оцінювати та обговорювати перешкоди та переваги поведінки, пов'язаної зі здоров'ям, таким чином сприяючи зменшенню ризику шляхом сприяння спільному прийняттю рішень для розробки індивідуального плану догляду [52].

Навчання пацієнтів.

Медсестри відіграють вирішальну роль у навчанні пацієнтів. Кілька досліджень показують, що медсестри надають пацієнтам необхідні знання про їх захворювання та лікування [37,50,52]. Ця інформація також містить детальні

вказівки щодо лікування, ізоляції та звітності про стан, а також подальше спостереження за виписаними пацієнтами [37].

Окрім навчання пацієнтів, медсестри надають сім'ям зрозумілу інформацію про захворювання та варіанти лікування [53].

Інструментальний догляд спрямований на задоволення потреб фізичного здоров'я. Він орієнтований на дії, заснований на ефективності та науково обґрунтованих втручаннях [54].

Фізичний комфорт.

Щоб забезпечити фізичний комфорт, медсестри активно оцінюють пацієнтів і задовольняють їхні потреби [38,50]. Виявляючи фізичний дискомфорт пацієнта шляхом моніторингу, опитування та спостереження [38], медсестри можуть допомогти пацієнтам у виконанні їх повсякденної діяльності та медичному лікуванні [38,50].

Також слід зосередити увагу медсестер на повноцінності раціону пацієнтів і важливості надання персоналізованого харчування відповідно до їхніх потреб [38,51].

Лікування симптомів.

Медсестри використовують низку втручань для лікування симптомів пацієнтів. Першим кроком має бути оцінка, яка передбачає історію хвороби пацієнта, його фізичний і психологічний статус [38,51]. Після цієї оцінки цілі сестринського догляду повинні бути спрямовані на полегшення ознак і симптомів [51], застосовуючи свої професійні знання та навички, щоб полегшити страждання пацієнтів і полегшити їх комфорт. При необхідності медичні сестри повинні направляти інших медичних працівників [38].

Надання гуманізованої допомоги є особливо складним у контексті, коли не вистачає медичних працівників і зростає кількість госпіталізованих пацієнтів. Ці бар'єри можуть призвести до дегуманізації догляду, зводячи його до зосередження

лише на втручаннях, спрямованих на вирішення гострих аспектів захворювання, віддаляючи сестринський догляд від його цілісного бачення [51]. Загалом існує шість категорій втручань (стратегії спілкування, психологічний комфорт, спільне прийняття рішень, навчання пацієнтів, фізичний комфорт і лікування симптомів), які ми згрупували у дві теми: експресивний вимір догляду та інструментальний вимір догляду.

Сестринська допомога включає інструментальний та експресивний виміри. Невідомо, якою мірою догляд стосується обох вимірів і якою мірою він може бути розміщений десь уздовж континууму гуманізації кожного втручання. Отже, інструментальне та експресивне втручання слід тлумачити як два виміри догляду, які не можна розділити, але передбачають один одного, щоб догляд був гуманним. Загалом, виконуючи практику догляду за допомогою інструментальних та експресивних втручань, медсестри перейшли від практики, зосередженої на лікуванні хвороби, до більш гуманної допомоги. Завдяки гуманному догляду медсестри надають цілісний догляд пацієнтам індивідуально, прагнучи споглядати їхні фізичні, емоційні, соціальні та духовні виміри. Тому, щоб розвинути гуманізований сестринський догляд, ці виміри слід розглядати як нероздільні, тому догляд необхідно планувати та здійснювати, розглядаючи людину як цілісну істоту. Ці виміри слід тлумачити як два виміри догляду, які не можуть бути розділені, але мають на увазі один одного для дбати про гуманізацію.

Категорія комунікаційних стратегій зосереджена на втручаннях, які встановлюють спілкування між медсестрами та пацієнтами. Медсестри повинні справді розуміти ситуацію, перспективи, почуття та значення пацієнтів, щоб запропонувати гуманну допомогу. Медсестрам необхідно встановити міжособистісні стосунки на основі ефективного спілкування [39,53,56]. Щоб підтримувати ефективне спілкування, медсестри повинні взаємодіяти з пацієнтами, щоб зрозуміти їхній досвід, проблеми та думки [51,53]. У цій взаємодії медсестри

використовують вербальні та невербальні навички спілкування, а також активне слухання [56,57].

Навчальні програми медсестер під час шкільного навчання приділяють значну увагу розвитку емоційних і комунікативних навичок. Незважаючи на цю формальну підготовку, медсестри повинні продовжувати розвивати ці навички на практиці протягом усієї своєї кар'єри [53,58]. Спілкування є ключовим компонентом стосунків між медсестрою та пацієнтом і важливим аспектом професійної діяльності. Комунікативні навички для медсестер мають вирішальне значення, але оволодіти ними може бути важко, особливо в умовах зростання вимог під час пандемії. Тому медичні сестри повинні постійно вдосконалювати свої навички спілкування протягом усього свого професійного життя [58].

Також важливо враховувати додаткові бар'єри, які впливають на стосунки між медсестрою та пацієнтом внаслідок ізоляції від COVID-19. Носіння засобів індивідуального захисту створює значні перешкоди для спілкування, вимагаючи від медсестер доглядати за пацієнтами без використання дотиків, що ускладнює розпізнавання персоналу, погіршує слух, читання з губ і бачення виразу обличчя [59-61]. Бар'єри, пов'язані з обмеженим часом взаємодії через високе співвідношення пацієнта/медсестри та підвищену гостроту/залежність пацієнта, впливають на стосунки між медсестрою та пацієнтом і загострюють відчуття ізоляції у пацієнтів [59,61].

Забезпечення ефективності стосунків між медсестрою та пацієнтом має бути одним із основних напрямків роботи ізоляторів. Забезпечення гуманного медсестринського догляду є життєво важливим для впровадження ефективної комунікації в процесах догляду. Це має вирішальне значення для встановлення міжособистісних стосунків між медсестрою та пацієнтом [62].

Також варто підкреслити, що визначені втручання для гуманізації догляду за пацієнтами, які постраждали від COVID-19, поширюються на членів їхніх родин.

Це включення має важливе значення, і його слід визнати як чудову практику для надання більш комплексної, цілісної та гуманної допомоги. Попередні дослідження показали, що участь сім'ї впливає на фізичне та емоційне відновлення пацієнтів [63,64].

Щодо категорії лікування симптомів, більшість дорослих, госпіталізованих із COVID-19, мають не лише фізичні симптоми, такі як задишка, респіраторний дистрес, втома, виділення та кашель, але й психологічні симптоми, включаючи тривогу або марення, які можуть бути пов'язані зі станами збудження або сонливості. [65,66]. Окрім мінливості симптомів, залежно від віку людини та тяжкості захворювання, пацієнти з COVID-19 також відчувають симптоми, пов'язані з основними захворюваннями або супутніми захворюваннями [67]. Управління симптомами є невід'ємною частиною догляду за хворими із захворюваннями, що загрожують життю, особливо пацієнтами з COVID-19, які часто мають складні медичні проблеми зі швидким погіршенням функцій та емоційним стресом [66,67]. Медсестри в будь-якому місці є ключовими для надання цієї життєво важливої допомоги [68]. Медсестринський догляд включає не тільки розпізнавання симптомів пацієнтів, але й управління фармакологічними та немедикаментозними втручаннями в рамках їхньої практики та співпрацю з іншими медичними працівниками для оптимізації комфорту та адаптації пацієнтів [68].

Визнання навчання пацієнтів і спільного прийняття рішень як категорій втручань, які гуманізують догляд медсестер, було особливо цікавим відкриттям. Щоб розширити можливості пацієнтів, вони повинні отримувати правильну інформацію в потрібний час, доставлену в правильний спосіб. Медсестрам необхідно спілкуватися з пацієнтами новими способами, які безпосередньо залучають їх до прийняття рішень щодо догляду за ними. Це спосіб для пацієнтів приймати справді обґрунтовані рішення щодо свого лікування та брати більш

активну роль у прийнятті рішень [69]. Доступ до інформації є ключовим фактором навчання пацієнтів. Коли медсестри надають їм необхідні знання про хворобу та лікування, вони формують партнерство, яке дозволяє спільно приймати рішення [70].

Тим не менш, медсестри стикаються з кількома проблемами, доглядаючи за хворими на COVID-19 в ізоляторах. Практичне середовище, адаптація до змін у практиці та політиці охорони здоров'я, висока гострота/залежність пацієнтів, нестача персоналу, високе співвідношення пацієнтів/медсестер, пов'язана з цим нестача часу медсестер, переведення недосвідчених медсестер в ізолятори, серед інших факторів, негативно впливають на вплив на здатність медсестер надавати гуманний догляд за пацієнтами в ізоляції [42, 60-61,71].

Незважаючи на те, що накопичується все більше доказів, які зосереджуються на лікуванні захворювання COVID-19, існує прогалина в доказах щодо медсестринських втручань для гуманізації догляду. Дефіцит літератури говорить про необхідність подальшого дослідження цього питання.

Дані цього огляду висвітлюють різні медсестринські втручання, які можуть гуманізувати догляд за пацієнтами, постраждалими від COVID-19, основну частину яких можна згрупувати в одну з двох областей: «експресивний вимір» та «інструментальний вимір». Успішна інтеграція гуманізованого медсестринського догляду за пацієнтами, ураженими коронавірусом, є серйозною проблемою для медсестер. Ці знання дозволять медсестрам покращити свою практику догляду, забезпечуючи цілісний гуманізований догляд за цими пацієнтами.

Підсумовуючи, у всіх дослідженнях ми постійно виявляли, що встановлення ефективної комунікації між медсестрами, пацієнтами та їхніми родинами є ключовим для гуманізації догляду, надаючи цінне розуміння ситуації, перспектив, почуттів і смислів пацієнтів. Це важливо для встановлення терапевтичних відносин

між медсестрою та пацієнтом, які сприяють спільному прийняттю рішень і розробці індивідуальних втручань, спрямованих на гуманізацію догляду.

Висновки до розділу 1.

1. У ході дослідження була проаналізована науково-методична література з проблеми.

Нами вивчено особливості виконання різних видів медсестринських втручань, особливо при наданні допомоги пацієнтам з коронавірусною інфекцією в умовах стаціонару.

Виявлено, що проблема допомоги пацієнтам з коронавірусною інфекцією давно за рамки суто медичної. Сьогодні весь світ визначає її як соціальну проблему, яка впливає на здоров'я суспільства і тривалість життя громадян. Україна не є винятком: рівень поширюваності цього захворювання та смертності від нього в нашій країні досить високий. Тому дана проблема потребує вдосконалення усіх ланок надання медичної допомоги, в тому числі і медсестринського процесу.

2. Нами виявлено, що медсестринський процес при наданні допомоги пацієнтам з коронавірусною інфекцією в умовах стаціонару потребує розширення повноважень медичної сестри та має свої особливості, зокрема,

- При виконанні різних видів медсестринських втручань медичні сестри повинні переконатися, що оцінка потреб пацієнта та планування догляду завжди зосереджені на людині.

- Усі сестринські втручання мають базуватися на доказах.

- Цілі, встановлені в плані догляду за пацієнтом, мають бути досяжними та вимірними, а також повинні включати часові рамки, протягом яких можна досягти як короткострокових, так і довгострокових цілей.

- Ведення записів є життєво важливим компонентом планування медичної допомоги та є частиною інформування про аспекти догляду за пацієнтом та його

прогрес у досягненні цілей з іншими медичними працівниками, залученими до догляду.

РОЗДІЛ 2 МЕТОДИ І ОБ'ЄКТ ДОСЛІДЖЕННЯ.

2.1. Методологічні основи проведення дослідження.

У ході дослідження була проаналізована науково-методична література з проблеми.

Нами вивчено особливості виконання різних видів медсестринських втручань при наданні допомоги пацієнтам з коронавірусною інфекцією в умовах стаціонару. Нами виявлено, що медсестринський процес при наданні допомоги пацієнтам з коронавірусною інфекцією в умовах стаціонару потребує розширення повноважень медичної сестри та має свої особливості, зокрема,

- При виконанні різних видів медсестринських втручань медичні сестри повинні переконатися, що оцінка потреб пацієнта та планування догляду завжди зосереджені на людині.

- Усі сестринські втручання мають базуватися на доказах.

- Цілі, встановлені в плані догляду за пацієнтом, мають бути досяжними та вимірними, а також повинні включати часові рамки, протягом яких можна досягти як короткострокових, так і довгострокових цілей.

- Ведення записів є життєво важливим компонентом планування медичної допомоги та є частиною інформування про аспекти догляду за пацієнтом та його прогрес у досягненні цілей з іншими медичними працівниками, залученими до догляду.

Враховуючи вищевикладене, метою нашої роботи став аналіз кількості медсестринських втручань на одну медичну сестру пульмонологічного відділення за добу, а також статистичні дані роботи КНП «Тернопільська університетська лікарня» ТОР, а саме, показники використання ліжкового фонду, дані щодо руху хворих у відділеннях та показники летальності у відділеннях, які надавали медичну допомогу хворим на COVID-19.

Завданнями дослідження було:

- Дослідити класифікацію різних видів медсестринських втручань.

- Проаналізувати ставлення медичних сестер до різних видів медсестринських втручань в аспекті особистісно орієнтованої допомоги пацієнту.
- Оцінити можливості профілактики ВЛІ як розширення зони медсестринських втручань в умовах пандемії COVID 19.
- Виявити головні проблеми профілактики ВЛІ як комплексного взаємозалежного медсестринського втручання в умовах пандемії COVID 19.
- Запропонувати рекомендації для розширення зони медсестринських втручань з метою вдосконалення виконання медсестринського процесу як важливої складової частини лікування пацієнтів.

Об'єктом дослідження стала участь медичної сестри у наданні медичної допомоги хворим на коронавірусну інфекцію.

Предметом дослідження були об'єм роботи та обов'язки медичної сестри при наданні медичної допомоги хворим на коронавірусну інфекцію в умовах стаціонару.

Методи дослідження:

7. Соціологічні методи (пошук, аналіз та узагальнення літературних даних; пошук, аналіз та узагальнення науково-методичної бази основних міжнародних організацій та національних інституцій; аналіз статистичних показників).

8. Математично-статистичні.

9. Логічного узагальнення та системного підходу (для розробки рекомендацій для розширення зони медсестринських втручань з метою вдосконалення виконання медсестринського процесу як важливої складової частини лікування пацієнтів з коронавірусною інфекцією в умовах стаціонару).

4. Теоретичні (аналіз, синтез, систематизація, узагальнення, моделювання, класифікація, прогнозування);

5. Епідеміологічний,

6. Демографічний,

9. Якісні методи дослідження проблем медичних сестер стаціонарів (метод інтерв'ю).

2.2. Якісні методи наукового дослідження при виконанні роботи.

Особливістю роботи є те, що у ній були використані якісні методи наукового дослідження в медсестринстві.

Для того, щоб мати можливість сказати що-небудь про потреби сестринської справи в галузі охорони здоров'я, ми повинні оцінити, як сестринська справа функціонує та як медсестри діють. Під час догляду за окремим пацієнтом якісні методи є природним вибором для виявлення унікальних і специфічних якостей досвіду індивідуального медсестринського контексту.

Вибір методу оцінки повинен визначатися його відповідністю меті та передбачуваному використанню. Якісні методи надають тим, хто приймає рішення щодо подальших заходів після втручання, доступ до глибшого розуміння досвіду учасників і сприйняття втручання, що виходить за рамки цифр і статистики [4]. Існує кілька досліджень щодо методів оцінки медсестринського втручання, які більш детально описують формальну документацію щодо змісту та виконання конкретного втручання або фактори, що впливають на покращення клінічного медсестринського догляду [31-32]. В літературі описують вісім аспектів, які є важливими для впровадження медсестринської допомоги: зміст втручання, характеристики тих, хто виконує втручання, характеристики реципієнтів, характеристики обстановки, спосіб надання, інтенсивність (наприклад, контакт час), тривалість (наприклад, кількість сеансів за певний період) і дотримання протоколів. Також автори стверджують про декілька аспектів, необхідних для розробки та оцінки: гарне теоретичне розуміння, проблеми впровадження, рівень процесів, діапазон заходів і суворості точність. Таким чином, розширюються наявні знання про комплексні втручання, використовуючи дослідження з використанням якісних методів оцінки, щоб продемонструвати різноманітність методів, що використовуються у зв'язку з оцінкою медсестринського процесу, а далі визначаються та синтезуються якісні докази того, які методи дослідження застосовуються під час медсестринського процесу, оцінюється дотримання

протоколів. Фактична оцінка втручання показує важливість детального опису стратегій впровадження тих, хто виконує втручання, і рівня їх діяльності.

Якісні методи досліджують різноманітні проблеми, такі як емпіричні запитання чи сприйняття [33]. Якісна методологія зосереджена на окремих особах, а клінічні оцінки як унікальні приклади знаходяться в центрі уваги в поточному огляді. Існує також герменевтичний феноменологічний підхід; коли автори вивчають точку зору пацієнтів, вони поєднують спостереження, інтерв'ю та герменевтичний феноменологічний підхід для аналізу даних [34]. Хоча ці підходи можуть бути корисними, вони частіше використовуються в дослідженнях на теоретичному рівні, ніж емпіричні дослідження. Клінічна сфера впливає на те, як збираються та аналізуються дані, і що цей метод може призвести до нових методів оцінки в клініці. Якість якісних даних і аналізу залежить від вмільх інтерв'ю, систематичних і ретельних спостережень, а також від чутливості та чесності оцінювача. Якісний контент-аналіз зазвичай фокусується на предметі та контексті. Він наголошує на варіаціях і пропонує можливості для виконання явного описового та латентного інтерпретаційного аналізу контенту [35]. Дослідження з використанням якісного контент-аналізу ґрунтується на онтологічних припущеннях, епістемології та методології. Важливо знати, що онтологічні припущення є відкритими і можуть змінюватися залежно від точки зору дослідників. Інша явна проблема полягає в тому, що епістемологічна основа якісного контент-аналізу повинна керувати тим, як інтерпретувати дані: як спільну творчість інтерв'ююваного та інтерв'юєра. Крім того, метод інтерпретації розглядається як співтворчість дослідників і тексту. Якісні оцінки здаються доцільними, коли потрібні знання про процес тестування інструментів або інформація про встановлені програми. Вважається правильним якісно оцінювати будь-який вид втручання, якщо метою є вищезазначені знання. Це підтверджує аргументи, що тип оцінювального підходу визначається питанням дослідження, а не типом втручання [32].

Інший важливий аспект полягає в тому, чи розроблено втручання перед фактичним проектом, чи потрібно оцінити існуючі методи чи моделі. Перший

дотримується індуктивного підходу, коли оцінка шукає знання, отримані з реальної практики. Такий підхід керується даними або текстом і характеризується пошуком закономірностей через подібності та відмінності. Цей тип аналізу описується в категоріях і/або темах, і рівні абстракції та інтерпретації можуть бути різними. Використовуючи індуктивний підхід, дослідник переходить «від даних до теоретичного розуміння — від конкретного та специфічного до абстрактного та загального» [35]. Одним із важливих питань, яке необхідно розглянути при застосуванні індуктивного підходу, є попереднє розуміння дослідників. Виникає питання, чи є індуктивний підхід лише результатом попереднього розуміння дослідниками досліджуваних явищ. Виклик полягає в униканні поверхневих описів і загальних підсумків при використанні індуктивного підходу. Дедуктивна модель використовується, коли дані інтерпретуються через концепції, модель або теорію, а наслідки щодо досліджуваного явища перевіряються на зібраних даних. У цих проектах дослідники явно переходять від теорії до даних. Виклик полягає в тому, щоб уникати формулювання категорій, які базуються виключно на встановленій теорії чи моделях, а також на обробці залишкових даних. Останнє трапляється, коли виявлено дані, які не відповідають пояснювальній моделі [35].

Характеристики тих, хто здійснює втручання, і характеристики, які роблять втручання складними, це різні професійні категорії або різні організаційні рівні, на які спрямоване втручання (контекст втручання) та/або потреба адаптувати втручання до конкретних умов (гнучкість втручання) [32].

Метод якісного оцінювання може зблизити медсестринські дослідження та практику, а якісні методи дослідження точніше описують складний медсестринський процес [4].

В роботі було проаналізовано кількість медсестринських втручань на одну медичну сестру пульмонологічного відділення за добу, а також статистичні дані роботи КНП «Тернопільська університетська лікарня» ГОР, а саме, показники використання ліжкового фонду, дані щодо руху хворих у відділеннях та показники летальності у відділеннях, які надавали медичну допомогу хворим на COVID-19.

У період з квітня 2021 року по грудень 2021 року ми провели якісне дослідження, у якому об'єднали особисті напівструктуровані інтерв'ю медичних сестер ТКНП "ТУЛ" ТМР. Двадцять три медичні сестри отримали інформацію про мету та процедуру дослідження та добровільний характер дослідження.

Інтерв'ю розпочалося з прохання до медичних сестер описати їхню роль у цілому та навести приклади їх діяльності з профілактики ВЛІ. Додаткові запитання спонукали їх більш детально висловлювати свої думки та сприйняття. Інтерв'ю тривали від 21 до 34 хвилин і були записані на аудіо за згодою опитаних. Польові нотатки про інтерв'ю були задокументовані інтерв'юером безпосередньо після кожного інтерв'ю. Під час цього дослідження, на етапі аналізу даних, пандемія COVID-19 тривала. Ми припустили, що ця виняткова ситуація могла вплинути на сприйняття медичними сестрами своєї ролі у профілактиці ВЛІ. Тому ми включили тему, пов'язану з роллю медичних сестер під час розпалу пандемії COVID-19 і провели фокус-групові інтерв'ю. Фокус-групові інтерв'ю проводилися у вигляді розмови та склалися з двох-чотирьох учасників. Обговорення вів модератор-науковий керівник. Спостерігач-здобувач робив нотатки про вражаючі теми або невербальне спілкування та взаємодію. Інтерв'ю у фокус-групі тривало від 32 до 48 хвилин.

Було опитано 23 медсестри шляхом індивідуальних особистих інтерв'ю та дев'ять медсестер через чотири фокус-групи.

Медсестри добровільно погоджувалися на цю роль, виходячи з їхнього інтересу до профілактики ВЛІ, або. Загалом медичні сестри підтвердили, що зацікавилися цією темою та прагнули поглибити свої знання щодо профілактики ВЛІ як для себе, так і для своїх колег. Цей інтерес ґрунтувався на їхній мотивації забезпечити безпечний догляд, або був зумовлений більш особистими причинами (наприклад, виявлення носійства *Staphylococcus aureus* під час процедури медичного огляду).

Перелік питань, які були задані медичним сестрам:

1. Як ви взяли на себе роль медсестри стаціонарного відділення?
2. Ви самі пішли сюди працювати, чи вас призначили?

3. Як би ви описали роль медичної сестри?
4. Чи можете ви описати дії медсестри?
5. Чи змінилися види Вашої діяльності з часом?
6. Що змінилося? І чому?
7. Які у Вас плани на майбутнє?
8. Чи вчинили б Ви по-іншому?
9. Що б Ви зробили інакше?
10. Що вам для цього знадобиться?
11. Ви можете це пояснити?
12. Як Ви дізнались, що Вам потрібно навчитися?
13. Чи можете ви пов'язати це з моментом, подією чи почуттям!
14. Що допомогло б вам виконувати роль медичної сестри?
15. Що б для цього знадобилося?
16. Що робити, якщо ці потреби неможливо задовольнити!
17. Чи вплинула нинішня пандемія COVID-19 на роль медичної сестри?
18. Чи можете ви це пояснити/описати свій досвід?

Аналіз інтерв'ю привів до трьох основних тем: зосередженість на діяльності з профілактики ВЛІ у власному відділенні, покращення невеликими кроками та потреба в натхненні та підтримці.

2.3. Узагальнені результати дослідження.

Нами проведено дослідження основних показників надання медичної допомоги хворим на важкі форми коронавірусної інфекції та аналіз навантаженості медичних сестер різних відділень у КНП «Тернопільська університетська лікарня» ТОР за січень - травень 2021 року.

У КНП «Тернопільська університетська лікарня» ТОР надання медичної допомога хворим на важкі форми коронавірусної інфекції проводилось на базі трьох відділень терапевтичного профілю (пульмонологічного, ревматологічного та

гастроентерологічного) з 1 січня 2021 року по 31 травня 2021 року. Госпіталізація проводилася за направленнями сімейних лікарів, лікарів-спеціалістів та бригади швидкої допомоги. На базі пульмонологічного відділення на 20 ліжок було розгорнуто 4 ліжка інтенсивної терапії, оснащені засобами для проведення інвазивної ШВЛ. Всі ліжка були забезпечені можливістю проведення тривалої оксигенотерапії. Саме у це відділення були госпіталізовані пацієнти у важкому та критичному стані. На базі ревматологічного відділення (30 ліжок) переважно проводилось лікування пацієнтів у середньоважкому стані, що потребували проведення постійної замісної ниркової терапії. На базі гастроентерологічного відділення (30 ліжок) були госпіталізовані переважно пацієнти в стані середньої важкості. Оксигенотерапія у цих відділеннях проводилась за рахунок проведення тривалої оксигенотерапії за допомогою кисневих концентраторів. Всього було задіяно 15 концентраторів кисню.

Організація роботи лікарів, медичних сестер та молодшого медичного персоналу передбачала позмінний графік. Всього було задіяно 48 працівників, з них – 12 лікарів, 24 медичних сестри і 12 молодших медичних працівників. Одна медична сестра надавала медичну допомогу 20 хворим у відділенні. Однак, враховуючи важкість пацієнтів пульмонологічного відділення, напруженість роботи медичних сестер цього відділення була значно вищою, що призводило до розвитку втоми ще на робочому місці.

При госпіталізації пацієнтів із коронавірусною інфекцією у КНП «Тернопільська університетська лікарня» ТОР було проведене сортування пацієнтів по відділеннях залежно до їх стану. У пульмонологічне відділення були госпіталізовані пацієнти у важкому та критичному стані. На базі ревматологічного відділення переважно проводилось лікування пацієнтів у середньоважкому стані, що потребували проведення постійної замісної ниркової терапії. На базі гастроентерологічного відділення були госпіталізовані переважно пацієнти в стані середньої важкості.

Кількість медичного персоналу на чергуваннях у всіх відділеннях КНП «Тернопільська університетська лікарня» ТОР була однаковою, що відповідало

штатному розпису. Однак, це вело до перевантаженості співробітників пульмонологічного відділення. Особливо напруженою була праця медичних сестер відділення.

У цьому дослідженні ми дослідили досвід і сприйняття медичних сестер щодо їх ролі в лікарнях, яка в основному зосереджується на діяльності з профілактики ВЛІ у своєму відділенні та, схоже, обмежує свою увагу однією або двома темами профілактики інфекцій (наприклад, гігієна рук, запобіжні заходи ізоляції, методика прибирання та дезінфекції).

Ролі та обов'язки фахівця з інфекційного контролю мають бути визначені та збалансовані на рівні відділення з урахуванням місцевої культури та динаміки влади. Якщо ці зацікавлені сторони можуть об'єднати зусилля, створюються умови для ефективного впровадження безпечних практик із медсестринськими втручаннями, які адаптовані до місцевих пріоритетів, культури підопічних та різних факторів і бар'єрів.

Завідуючий відділенням має офіційні повноваження і може насамперед підтверджувати важливість профілактики ВЛІ і роль медсестри в ній.

Співпраця з колегами може допомогти, транслюючи знання щодо запобігання ВЛІ. Коли медичні сестри зосереджуються на розвитку позитивних стосунків із колегами, це сприяє взаємодії, взаєморозумінню і, отже, покращує засвоєння знань.

Аналіз досвіду роботи персоналу медичних сестер у профілактиці ВЛІ вказує на важливість натхнення та підтримки, щоб допомогти медичним сестрам взяти на себе свою роль у профілактиці ВЛІ.

Висновки до розділу 2.

1. Для вирішення поставлених завдань було прийнято рішення про отримання первинної інформації шляхом дослідження основних показників надання медичної допомоги хворим на важкі форми коронавірусної інфекції та аналіз навантаженості медичних сестер різних відділень у КНП «Тернопільська університетська лікарня» ТОР за січень - травень 2021 року.
2. У цьому дослідженні ми дослідили досвід і сприйняття медичних сестер щодо їх ролі в наданні медичної допомоги хворим на важкі форми коронавірусної інфекції в умовах стаціонарів, яка в основному зосереджується на діяльності з профілактики ВЛІ у своєму відділенні та, схоже, обмежує свою увагу однією або двома темами профілактики інфекцій (наприклад, гігієна рук, запобіжні заходи ізоляції, методика прибирання та дезінфекції).

РОЗДІЛ 3. ОЦІНКА СТАВЛЕННЯ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР ДО РІЗНИХ ВИДІВ МЕДСЕСТРИНСЬКИХ ВТРУЧАНЬ.

2.2. Сучасна класифікація медсестринських втручань.

Класифікація медсестринських втручань — це система, яка допомагає визначити дії медичної сестри при догляді за пацієнтом і участі у діагностично-лікувальному процесі. Усім медичним сестрам важливо знати цю класифікацію, оскільки вона допомагає стандартизувати догляд та лікування пацієнтів. Медичні сестри використовують цю класифікаційну систему у всіх закладах медичного обслуговування пацієнтів, таких як стаціонарні відділення ЗОЗ, палати інтенсивної терапії, хоспіс, догляд на дому, амбулаторна допомога та заклади довготривалого догляду за пацієнтом. Окрім стандартизації медичної допомоги для забезпечення оптимального догляду та лікування для кожного пацієнта, система класифікації медсестринських втручань пропонує такі бенефіти медичним працівникам:

- Допомагає документувати та відстежувати результати досліджень пацієнтів,
- Допомагає документувати та відстежувати перелік та дозування ліків, які отримують пацієнти,
- Вимірює ефективність медсестринських втручань,
- Надає можливість оптимізації навчальної програми для підготовки медсестер.

Медсестри класифікують втручання за категоріями, які визначають, хто з медичних працівників може бути залучений до їх виконання, тобто, характеризує тип тип взаємодії медперсоналу. Існує три категорії медсестринських втручань:

1. Незалежне: медсестринське втручання, яке вимагає для свого виконання лише однієї медсестри та пацієнта. Прикладом є введення ліків.
2. Залежне: завдання, для виконання якого потрібен прямий наказ або дозвіл лікаря, наприклад, призначення ліків.

3. Взаємозалежне: медсестринське втручання, яке потребує співпраці медичної бригади для догляду за пацієнтом. Прикладом може бути лікування травми, коли лікар призначає ліки, медсестра вводить їх, а фізіотерапевт допомагає пацієнту з реабілітацією.

Головні цілі медсестринського втручання:

1. Досягнення видужання пацієнта

Багато медсестринських втручань допомагають пацієнтам досягти видужання та відновлення. Головним обов'язком медсестер є допомога в складанні планів лікування пацієнта з метою покращення його здоров'я чи якості життя. Прикладами медсестринських втручань, які служать цій меті, є введення ліків, зміна пов'язок і допомога пацієнтам підтримувати гідратацію.

2. Навчання пацієнтів

Інформування пацієнтів, їхніх сімей та осіб, які за ними доглядають, про стан пацієнта та план лікування є важливим для успішного одужання. Медсестри надають інструкції або навчають, як доглядати за пацієнтами вдома, контролювати їхній стан і виконувати план лікування після виписки.

3. Сприяння безпеці пацієнта.

Медсестринські втручання також сприяють безпеці пацієнтів та запобігають травмам, наприклад допомага пацієнтам змінити положення в ліжку, при ходьбі тощо.

4. Підтримка пацієнта.

Медсестринські втручання також можуть запропонувати емоційну підтримку та забезпечити комфорт пацієнту та його родині. Наприклад, медсестри можуть порекомендувати засоби для лікування стресу.

Фахівці також можуть класифікувати кожне медсестринське втручання в NIC за типом завдання. Існує сім типів сестринського втручання:

1. Громадське медсестринство.

Медсестринське втручання в громаді – це практика медсестринства, яка може впливати на багатьох людей одночасно. Це ініціативи у сфері охорони здоров'я, спрямовані на освіту або заохочення громади до здорового способу життя.

Прикладом можуть бути уроки здоров'я, які організовують у школах, щоб навчати дітей.

2. Сімейне медсестринство.

Сімейні сестринські втручання – це програми та процедури, які допомагають членам сім'ї підтримувати один одного. Прикладом сімейного медсестринського втручання є догляд за новонародженими немовлятами, коли медичні сестри при проведенні патронажних візитів навчають батьків купати, годувати, сповивати свою дитину.

3. Поведінковий догляд

Поведінкові сестринські втручання – це завдання, які допомагають пацієнтам навчитись методиці зміни поведінки. Медсестри використовують аналіз поведінки хворого, щоб оцінити пацієнта під час виконання такого типу втручання. Він може включати інструкції щодо використання допоміжних пристроїв, боротьби зі стресом або боротьби зі залежністю.

4. Сестринська справа в системі охорони здоров'я

Медсестринські втручання в системі охорони здоров'я часто є взаємозалежними втручаннями, які сприяють безпеці пацієнтів і залучають групу медичних працівників. Прикладом є профілактикат ВЛІ, яка може включати такі втручання, як введення антибіотиків, купання пацієнта та зміна раневих пов'язок.

5. Фізіологічний догляд.

Основні фізіологічні медсестринські втручання – це прості медсестринські процедури, які допомагають пацієнтам підтримувати їх фізичне здоров'я. Наприклад, це можуть бути процедури з оцінки артеріального тиску або температури тіла пацієнта. Медсестри у відділеннях невідкладної допомоги повинні бути експертами в фізіологічних медсестринських втручаннях, оскільки багато з цих втручань передбачають оцінку стану пацієнта та лікування різних захворювань.

6. Фізіологічний комплексний сестринського догляд.

Фізіологічні комплексні медсестринські втручання – це процедури, які включають кілька дрібних втручань для з допомоги пацієнту. Наприклад, введення

рідини внутрішньовенно може бути фізіологічним складним медсестринським втручанням, оскільки воно передбачає введення голки для внутрішньовенного введення, інфузії ліків і спостереження за пацієнтом.

7. Безпечний догляд.

Медсестринські втручання з безпеки — це медсестринські процедури спрямовані для загального благополуччя пацієнтів, наприклад, навчання пацієнтів і їхніх сімей післяопераційному догляду. Це також втручання, пов'язані з вжиттям запобіжних заходів, щоб запобігти травмам і захистити пацієнта під час перебування в лікарні чи закладі тривалого догляду. Розташування ліжка, сигналізація та перила, а також орієнтування пацієнта в його кімнаті — все це приклади безпечних медсестринських втручань.

Приклади сестринських втручань

Запобігання падінню: медсестри навчають пацієнтів і заохочують до використання допоміжного обладнання для пересування та сигналізації біля ліжка, щоб запобігти падінню або отримати допомогу, якщо пацієнт впаде.

Контроль болю: медсестри зазвичай допомагають пацієнтам контролювати біль шляхом введення ліків, але контроль болю — це втручання, яке також може включати навчання вправам, які можуть зменшити біль при таких захворюваннях, як артрит.

Споживання рідини: це означає допомогу пацієнтам у гідратації, що важливо для їх фізичного здоров'я.

Мобільна терапія: медсестри можуть навчати пацієнтів вправам, які вони можуть виконувати для збільшення мобільності. Мобільна терапія також включає рухи кінцівок пацієнтів, особливо у випадках паралічу, щоб запобігти атрофії м'язів.

Терапія допоміжними пристроями: звичайним завданням медсестер є допомога пацієнтам із використанням допоміжних пристроїв, таких як інвалідний візок, глюкометри та інсулінові ручки. Вони навчають пацієнтів, як допомагати собі вдома після встановлення діагнозу.

Контроль режиму сну: допомога пацієнтам для оздоровлення сну є важливою, щоб допомогти їм одужати. Контроль режиму сну може включати його моніторинг або навчання.

Кластерний догляд: це донесення потреби пацієнтів до інших членів медичного персоналу, особливо між змінами. Кластерний догляд допомагає надавати пацієнтам належний догляд.

Організація похорону: медсестри можуть допомогти сім'ям організувати похорон, коли хтось із учасників помирає під час їхнього догляду. Це хороший приклад сімейного медсестринського втручання [4].

Термін «комплексне медсестринське втручання» широко використовується в академічній медичній літературі як для медсестринського процесу в ЗОЗ, так і для медсестринських втручань у сфері громадського здоров'я. Комплексні втручання визначаються як такі, що складаються з кількох компонентів, які можуть діяти як незалежно, так і взаємозалежно [32]. Комплексне втручання характеризується декількома взаємодіючими компонентами в кількох вимірах, таких як поведінка, яку вимагається від залучених осіб, кількість груп або рівнів в організації, мінливість результатів та/або ступінь гнучкості втручання [32].

3.2. Оцінка ставлення медичних сестер до різних видів медсестринських втручань.

Нами було опитано 23 медсестри КНП «Тернопільська університетська лікарня» ТОР шляхом індивідуальних особистих інтерв'ю.

Медичним сестрам задано такі питання:

1. Чи задоволені Ви переліком існуючих медсестринських втручань?

Згідно результатів опитування, 5 медичних сестер відповіло Так, 18 – відповіло Ні.

Результати опитування, наведені на рис. 3.2.1, свідчать, що переважна кількість медичних сестер відчуває потребу в оновленні числа і об'єму рутинних медсестринських втручань.



Рисунок 3.2.1. Результати відповіді на запитання Чи задоволені Ви переліком існуючих медсестринських втручань?

Також медичним сестрам було задано таке запитання – Чи знаєте Ви класифікацію медсестринських втручань?

Правильно відповіли 23 респонденти, тобто 100%.

Наступним запитанням було Чи хотіли б Ви розширити зону медсестринських втручань?

Згідно результатів опитування, 18 медичних сестер відповіло Так, 4 – відповіло Ні, одна медична сестра – Не знаю.



Рисунок 3.2.2. Результати відповіді на запитання Чи хотіли б Ви розширити зону медсестринських втручань?

Результати опитування, наведені на рис. 3.2.2, свідчать, що переважна кількість медичних сестер відчуває потребу в розширенні зони медсестринських втручань.

На запитання За рахунок яких саме медсестринських втручань Ви хотіли б розширити професійну діяльність медичної сестри ми отримали такі відповіді від 18 респондентів:

0 – за рахунок незалежних медсестринських втручань.

4 - за рахунок залежних медсестринських втручань.

14 - за рахунок взаємозалежних медсестринських втручань.

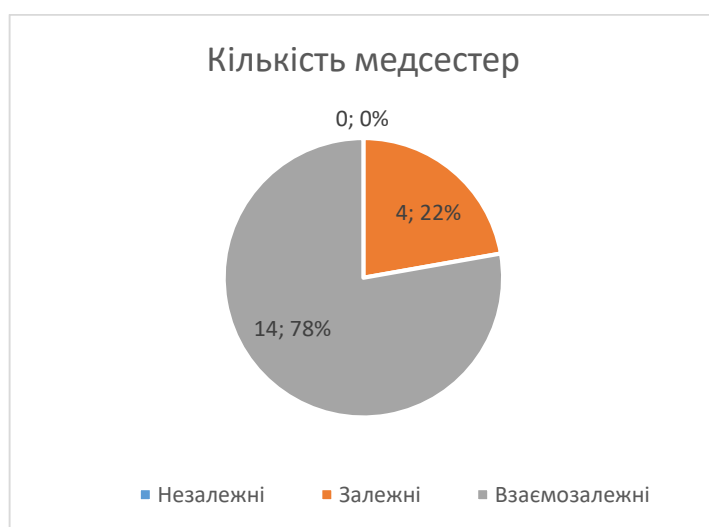


Рисунок 3.2.3. Результати відповіді на запитання За рахунок яких саме медсестринських втручань Ви хотіли б розширити професійну діяльність медичної сестри?

Результати опитування, наведені на рис. 3.2.3, свідчать, що переважна кількість медичних сестер відчуває потребу в розширенні зони взаємозалежних медсестринських втручань.

23 медичним сестрам було задане запитання Чи знаєте Ви, що таке комплексне медсестринське втручання

На запитання Чи знаєте Ви, що таке комплексне медсестринське втручання правильно відповіли тільки 2 медичних сестер.



Рисунок 3.2.4. Чи знаєте Ви, що таке комплексне медсестринське втручання?

Результати опитування, наведені на рис. 3.2.4, свідчать, що переважна кількість медичних сестер стаціонарів не має достатньої інформації про «комплексне медсестринське втручання» і відчуває гостру потребу в розширенні знань про даний вид медсестринських втручань.

Згідно результатів нашого опитування, переважна більшість медичних сестер не задоволені переліком існуючих медсестринських втручань та відчуває потребу розширити їх зону, переважно за рахунок взаємозалежних медсестринських втручань. Також переважна кількість медичних сестер стаціонарів не має достатньої інформації про «комплексне медсестринське втручання» і відчуває гостру потребу в розширенні знань про даний вид медсестринських втручань.

Висновки до розділу 3.

1. Класифікація медсестринських втручань — це система, яка допомагає визначити дії медичної сестри при догляді за пацієнтом і участі у діагностично-лікувальному процесі. Усім медичним сестрам важливо знати цю класифікацію, оскільки вона допомагає стандартизувати догляд та лікування пацієнтів. Медичні

сестри використовують цю класифікаційну систему у всіх закладах медичного обслуговування пацієнтів.

2. Переважна більшість медичних сестер не задоволені переліком існуючих медсестринських втручань та відчуває потребу розширити їх зону, переважно за рахунок взаємозалежних медсестринських втручань.

3. Переважна кількість медичних сестер стаціонарів не має достатньої інформації про «комплексне медсестринське втручання» і відчуває гостру потребу в розширенні знань про даний вид медсестринських втручань.

РОЗДІЛ 4. АНАЛІЗ НАВАНТАЖЕНОСТІ ТА ЧИСЛА МЕДСЕСТРИНСЬКИХ ВТРУЧАНЬ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР ВІДДІЛЕНЬ КНП «ТЕРНОПІЛЬСЬКА УНІВЕРСИТЕТСЬКА ЛІКАРНЯ» ТОР ПІД ЧАС ПАНДЕМІЇ COVID-19.

Метою роботи стало дослідження основних показників надання медичної допомоги хворим на важкі форми коронавірусної інфекції та аналіз навантаженості медичних сестер різних відділень у КНП «Тернопільська університетська лікарня» ТОР за січень - травень 2021 року.

У КНП «Тернопільська університетська лікарня» ТОР надання медичної допомога хворим на важкі форми коронавірусної інфекції проводилось на базі трьох відділень терапевтичного профілю (пульмонологічного, ревматологічного та гастроентерологічного) з 1 січня 2021 року по 31 травня 2021 року. Госпіталізація проводилася за направленнями сімейних лікарів, лікарів-спеціалістів та бригади швидкої допомоги. На базі пульмонологічного відділення на 20 ліжок було розгорнуто 4 ліжка інтенсивної терапії, оснащені засобами для проведення інвазивної ШВЛ. Всі ліжка були забезпечені можливістю проведення тривалої оксигенотерапії. Саме у це відділення були госпіталізовані пацієнти у важкому та критичному стані. На базі ревматологічного відділення (30 ліжок) переважно проводилось лікування пацієнтів у середньоважкому стані, що потребували проведення постійної замісної ниркової терапії. На базі гастроентерологічного відділення (30 ліжок) були госпіталізовані переважно пацієнти в стані середньої важкості. Оксигенотерапія у цих відділеннях проводилася за рахунок проведення тривалої оксигенотерапії за допомогою кисневих концентраторів. Всього було задіяно 15 концентраторів кисню.

Організація роботи лікарів, медичних сестер та молодшого медичного персоналу передбачала позмінний графік. Всього було задіяно 48 працівників, з них – 12 лікарів, 24 медичних сестри і 12 молодших медичних працівників. Одна медична сестра надавала медичну допомогу 20 хворим у відділенні. Однак, враховуючи важкість пацієнтів пульмонологічного відділення, напруженість

роботи медичних сестер цього відділення була значно вищою, що призводило до розвитку втоми ще на робочому місці. Дані таблиці 1 ілюструють кількість медсестринських втручань на одну медичну сестру пульмонологічного відділення за добу.

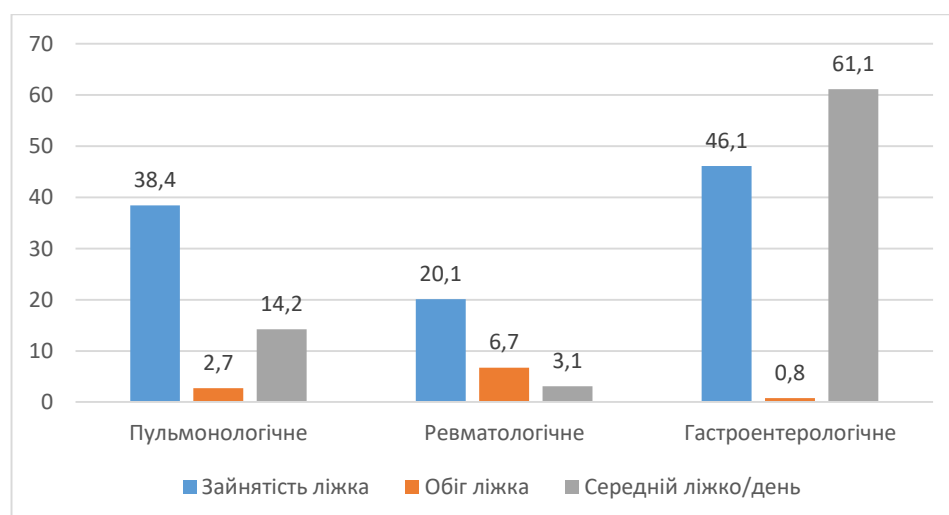
Таблиця 4.1.

Кількість медсестринських втручань на одну медичну сестру
пульмонологічного відділення за добу

Назва маніпуляції	М	m
Довенна інфузія	274,2	29,3
Дом'язова ін'єкція	298,2	14,1
Підшкірна ін'єкція	186,7	21,9

Постійну оксигенотерапію отримували 100% пацієнтів пульмонологічного відділення.

Нами проаналізовано показники використання ліжкового фонду відділень, що надавали медичну допомогу хворим на важкі форми коронавірусної інфекції за 5 місяців 2021 року (малюнок 4.1), які підтверджують більшу інтенсивність роботи працівників пульмонологічного відділення.



Малюнок 4.1. Показники використання ліжкового фонду відділень, що надавали медичну допомогу хворим на важкі форми коронавірусної інфекції за 5 місяців 2021 року

Також інтенсивність роботи пульмонологічного відділення характеризують показники руху хворих, наведені на малюнку 4.2.



Малюнок 4.2. Показники руху хворих у відділеннях.

Як видно із даних діаграми, 86 пацієнтів були переведені у пульмонологічне відділення у зв'язку із прогресуючим погіршенням стану і 56 пацієнтів були переведені в гастроентерологічне відділення при покращенні стану.

Також нами проаналізовано показники летальності за три та 5 місяців 2021 року (таблиця 4.2).

Таблиця 2.

Показники летальності

Відділення	Виписано хворих		Померло, Абс./%		Померло з урахуванням переведених ВАІТ/ПІТ, Абс/%		Середня тривалість лікування	
	3 міс	5 міс	3 міс	5 міс	3 міс	5 міс	3 міс	5 міс
Пульмонологічне	109,0	273,0	11,0/9,2	17,0/5,9	22,0/16,8	39,0/12,5	13,2	14,5
Інші	4,0	186,0	0	0	1,0	1,0/2,5	34,0	34,0

Дані таблиці підтверджують дані про те, що пацієнти у критичному стані знаходились на лікуванні саме у пульмонологічному відділенні.

Слід відмітити, що кількість медичного персоналу у всіх відділеннях була однаковою, що відповідало штатному розпису. Це вело до перевантаженості співробітників пульмонологічного відділення. Слід розглянути законодавче вирішення проблеми напруженості роботи медичного персоналу пульмонологічного відділення у схожих випадках з метою недопущення виснаження медичних працівників при виконанні своїх професійних обов'язків.

Нами виявлено, що головними 10 медсестринськими втручаннями як у палаті пульмонологічного відділення, так і у палаті інтенсивної терапії належать (див. рис.4.3):

- допомога при госпіталізації (99,8%),
- управління навколишнім середовищем (92,4%),
- навчання пацієнта (86,4%),
- профілактика ВЛІ (85,9%),
- введення ліків (100,0%),
- позиціювання пацієнта (99,2%),
- моніторинг дихання (92,6%)
- моніторинг життєво важливих показників (82,4%)
- допомога при нудоті (18,2%)
- допомога при діарейі (17,8%).

Деякі сестринські втручання, як-от «Догляд при госпіталізації», «Введення ліків» і «Моніторинг життєво важливих показників», є передбачуваними, оскільки вони виконуються для всіх госпіталізованих пацієнтів незалежно від їх медсестринського діагнозу. Деякі інші сестринські втручання були пов'язані із загальними ознаками COVID-19-позитивних пацієнтів і включали:

- респіраторний моніторинг, лікування нудоти та лікування діарейі.

- Визначені в цьому дослідженні найкращі та основні медсестринські втручання при COVID-19 дають змогу зрозуміти сферу практики медсестер, які працюють із випадками COVID-19.

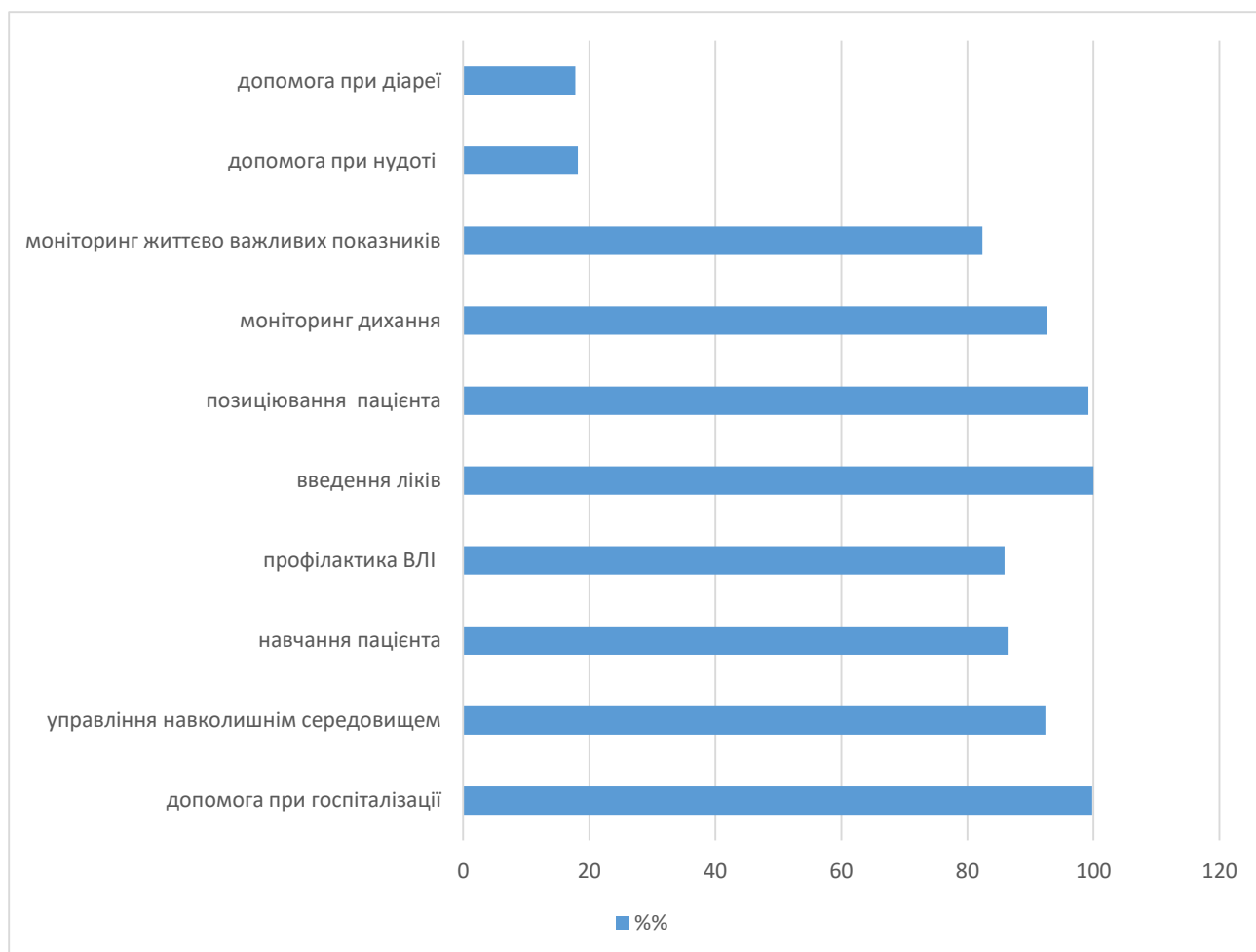


Рис. 4.3. Частота головних медсестринських втручань при догляді за хворими у пульмонологічному відділенні.

Медсестринські втручання, зареєстровані в цьому дослідженні, в основному відображають втручання, проведені в перші шість місяців після появи COVID-19, коли ознаки респіраторного дистресу були очевидними симптомами захворювання. Тому цілком можливо, що з часом і в міру того, як буде отримано більше інформації про цю хворобу, втручання змінюватимуться відповідно.

Наслідки для медсестринської практичної діяльності, досліджень, та освіти.

Сестринський догляд та оцінка ефективності втручання здійснюється на певному рівні в усіх лікарнях, але оскільки для їх вираження не використовується стандартизована мова, неможливо узагальнити дослідження та дані. Відсутність використання стандартизованої мови для документування втручань також робить порівняльне вивчення медсестринських втручань менш прийнятним. Найпоширеніші медсестринські втручання при COVID-19, визначені в цьому дослідженні, дають доказове уявлення про сферу діяльності медсестер у контексті стаціонарного лікування COVID-19. Це дослідження також є відправною точкою для розгляду масштабів практики в контексті медсестринства на регіональному рівні та може допомогти інформацією для здійснення кваліфікованої сестринської освіти для студентів на додипломному рівні та медичних сестер на післядипломному рівні, яким буде поставлено завдання успішної реалізації цих стратегій у майбутньому.

Висновки до розділу 4.

1. При госпіталізації пацієнтів із коронавірусною інфекцією у КНП «Тернопільська університетська лікарня» ТОР було проведене сортування пацієнтів по відділеннях залежно до їх стану. У пульмонологічне відділення були госпіталізовані пацієнти у важкому та критичному стані. На базі ревматологічного відділення переважно проводилось лікування пацієнтів у середньоважкому стані, що потребували проведення постійної замісної ниркової терапії. На базі гастроентерологічного відділення були госпіталізовані переважно пацієнти в стані середньої важкості.

2. Кількість медичного персоналу на чергуваннях у всіх відділеннях КНП «Тернопільська університетська лікарня» ТОР була однаковою, що відповідало штатному розпису. Однак, це вело до перевантаженості співробітників пульмонологічного відділення. Особливо напруженою була праця медичних сестер відділення.

РОЗДІЛ 5. ОСНОВНІ ПРОБЛЕМИ ПРОФІЛАКТИКИ ВНУТРІШНЬОЛІКАРНЯНИХ ІНФЕКЦІЙ ЯК КОМПЛЕКСНОГО ВЗАЄМОЗАЛЕЖНОГО МЕДСЕСТРИНСЬКОГО ВТРУЧАННЯ В УМОВАХ ПАНДЕМІЇ COVID 19 ТА ШЛЯХИ ЇЇ ПОКРАЩЕННЯ.

Медсестри, які мають хороші знання з інфекційного контролю є зразком для наслідування у наданні безпечного догляду та передачі своїх знань і навичок своїм колегам. Щоб виконувати цю роль, медичні сестри ланки в лікарнях проходять навчання у фахівців з інфекційного контролю. На сьогодні мало відомо про те, як самі медичні сестри сприймають свою роль; як вони її виконують, як збільшують і поширюють свої знання з інфекційного контролю, з якими труднощами вони стикаються та що підтримує їх у профілактиці ВЛІ у клінічній практиці.

У період з квітня 2021 року по грудень 2021 року ми провели якісне дослідження, у якому об'єднали особисті напівструктуровані інтерв'ю медичних сестер ТКНП "ТУЛ" ТМР. Двадцять три медичні сестри отримали інформацію про мету та процедуру дослідження та добровільний характер дослідження.

Інтерв'ю розпочалося з прохання до медичних сестер описати їхню роль у цілому та навести приклади їх діяльності з профілактики ВЛІ. Додаткові запитання спонукали їх більш детально висловлювати свої думки та сприйняття. Інтерв'ю тривали від 21 до 34 хвилин і були записані на аудіо за згодою опитаних. Польові нотатки про інтерв'ю були задокументовані інтерв'юером безпосередньо після кожного інтерв'ю. Під час цього дослідження, на етапі аналізу даних, пандемія COVID-19 тривала. Ми припустили, що ця виняткова ситуація могла вплинути на сприйняття медичними сестрами своєї ролі у профілактиці ВЛІ. Тому ми включили тему, пов'язану з роллю медичних сестер під час розпалу пандемії COVID-19 і провели фокус-групові інтерв'ю. Фокус-групові інтерв'ю проводилися у вигляді розмови та склалися з двох-чотирьох учасників. Обговорення вів модератор-науковий керівник. Спостерігач-здобувач робив нотатки про вражаючі теми або невербальне спілкування та взаємодію. Інтерв'ю у фокус-групі тривало від 32 до 48 хвилин.

Аналіз даних.

Було опитано 23 медсестри шляхом індивідуальних особистих інтерв'ю та дев'ять медсестер через чотири фокус-групи. Розподіл медичних сестер за віком та стажем роботи наведена в таблиці 5.1.

Таблиця 5.1.

Розподіл медичних сестер за віком та стажем роботи

N з/п	Показник	Кількість	%
1	Стать - жіноча	23	100
2	Вік – до 30 років	4	17,4
3	-30 – 40 років	12	52,2
4	-41 – 50 років	7	30,4
5	Стаж роботи – до 5 років	0	0
6	-5 – 10 років	8	34,8
7	-10 – 20 років	14	60,9
8	- більше 20 років	1	4,3

Як видно із табл. 5.1, переважали медсестри молодого і середнього віку. Практично всі мали достатній або тривалий стаж роботи.

Медсестри добровільно погоджувалися на цю роль, виходячи з їхнього інтересу до профілактики ВЛІ, або. Загалом медичні сестри підтвердили, що зацікавилися цією темою та прагнули поглибити свої знання щодо профілактики ВЛІ як для себе, так і для своїх колег. Цей інтерес ґрунтувався на їхній мотивації забезпечити безпечний догляд, або був зумовлений більш особистими причинами (наприклад, виявлення носійства *Staphylococcus aureus* під час процедури медичного огляду).

Перелік питань, які були задані медичним сестрам:

19. Як ви взяли на себе роль медсестри стаціонарного відділення?
20. Ви самі пішли сюди працювати, чи вас призначили?

21. Як би ви описали роль медичної сестри?
22. Чи можете ви описати дії медсестри?
23. Чи змінилися види Вашої діяльності з часом?
24. Що змінилося? І чому?
25. Які у Вас плани на майбутнє?
26. Чи вчинили б Ви по-іншому?
27. Що б Ви зробили інакше?
28. Що вам для цього знадобиться?
29. Ви можете це пояснити?
30. Як Ви дізнались, що Вам потрібно навчитися?
31. Чи можете ви пов'язати це з моментом, подією чи почуттям!
32. Що допомогло б вам виконувати роль медичної сестри?
33. Що б для цього знадобилося?
34. Що робити, якщо ці потреби неможливо задовольнити!
35. Чи вплинула нинішня пандемія COVID-19 на роль медичної сестри?
36. Чи можете ви це пояснити/описати свій досвід?

Аналіз інтерв'ю привів до трьох основних тем: зосередженість на діяльності з профілактики ВЛІ у власному відділенні, покращення невеликими кроками та потреба в натхненні та підтримці.

Зосередженість на діяльності з профілактики ВЛІ у власному відділенні.

Персонал медичних сестер описав свою роль у визначенні, моніторингу, сприянні та інформуванні щодо тем профілактики ВЛІ, які стосуються їхніх відділень. Персонал медичних сестер описав спостереження за своїми колегами під час надання допомоги пацієнтам. Деякі медсестри обговорювали свої спостереження в особистих бесідах зі своїми однолітками, коли було відзначено недотримання санітарно-епідемічного режиму. Інші обговорювали свої спостереження в більш загальному вигляді п або описували свої спостереження та надавали пропозиції щодо покращення профілактики ВЛІ.

“Я веду розмови з колегами про те, як вони надають допомогу пацієнтам. Це дає мені розуміння їхніх знань і дає можливість відповісти на їх запитання. Я часто помічаю брак знань. За допомогою цих розмов я можу їх поінформувати.”
[інтерв'ю 3, ТУЛ].

Коли виникали питання щодо профілактики інфекцій у конкретних пацієнтів, медичні сестри повідомили, що вони змогли або негайно відповісти на запитання, або швидко знайти відповідний протокол, щоб допомогти своїм колегам швидко знайти відповідь. Політика інфекційного контролю була переведена в чіткі робочі інструкції та в практичні рішення для підтримки застосовності цих протоколів у ситуаціях, характерних для їхнього відділення.

“Іноді мені також важко запобігти інфекції, а іноді я сумніваюся. Треба дезінфікувати руки чи ні? У таких ситуаціях я виконую процедуру самостійно, подумаю про це на мить, а потім повідомлю про свої висновки своїм колегам.
[інтерв'ю 6, ТУЛ].

Покращення невеликими кроками.

Медичні сестри підкреслили, що покращення можливе лише за допомогою невеликих кроків, але вказали, що коли вони подають свою інформацію у веселій формі, вона з більшою ймовірністю запам'ятається.

«Спочатку мої колеги були неохочі. «О ні, ось ми знову, ми повинні змінити наш підхід... знову». І тепер вони починають розуміти сенс цих коригувань.
[інтерв'ю 9, ТУЛ]

Деякі медичні сестри описали роль медсестри у профілактиці ВЛІ як складну; вони не знали, з чого почати, які питання вирішувати та як окреслити свою діяльність. Ці медсестри заявили про потребу в додаткових інструкціях.

«Спочатку я думала, що маю отримати знання, а згодом почну пропагувати профілактику ВЛІ. Тоді я вирішила просто почати якусь діяльність. Два місяці тому я рекламувала 5 моментів гігієни рук; практична діяльність не змінилася. Я не знаю, що робити далі.». [інтерв'ю 2, ТУЛ]

Деякі медичні сестри повідомили, що мають справу з опором колег у дотриманні політики профілактики ВЛІ. Як допомогу згадували про гумор.

Впевненість медсестер у собі виникла завдяки позитивному досвіду впровадження політики профілактики ВЛІ, висловлювань і звернень до колег щодо недотримання вказівок щодо профілактики ВЛІ. Це сприяло активній позиції. Впевненість у собі сприймалася як передумова для показу прикладу та стійкої мотивації до проведення профілактики ВЛІ. Також персонал медичних сестер пишався своїм успіхом у покращенні безпечного догляду.

«Спочатку я не наважувалася говорити. Проте я відчла підтримку колег. Я стала більш впевненою у собі. Я почала думати по-іншому: «Я не виступаю за себе, я виступаю за безпеку наших пацієнтів». Більшість колег навіть не підозрювали, що вони не надають безпечної допомоги. І це, звісно, спонукає висловитися наступного разу, коли це буде необхідно». [інтерв'ю 14, ТУЛ].

Лише кілька медичних сестер зазначили, що вони подають приклад і що роль взірця є важливою частиною їх роботи.

«Я бачу себе зразком для наслідування. Я знаю протоколи, а також усвідомлюю наші слабкі сторони, особливо коли навантаження велике. Я теж не ідеальна. Я ділюся та обговорюю власні недоліки з колегами». [інтерв'ю 15, ТУЛ]

Потреба в натхненні та підтримці

Персонал медичних сестер описав потребу в натхненні та підтримці з боку своїх колег, керівництва відділення, лікарів та інших медсестер.

Натхнення

Навчальні заняття були згадані як джерело натхнення взяти на себе роль медичної сестри. Практичні заняття з інфекційного контролю надали інструменти, щоб допомогти передати свої знання своїм колегам. Окрім навчальних занять, медичні сестри опирались на професійну літературу, протоколи та співпрацю з колегами як джерело знань.

Підтримка лікаря.

Від лікаря-фахівця з інфекційного контролю очікувалася активна роль, а медсестри заявили про наявність і доступність фахівця з інфекційного контролю як передумову для виконання своєї роботи. Лікарі з інфекційного контролю виступали як гаряча лінія, джерело інформації для спеціальних запитань і як

тренери під час більш складних питань. Підтримка лікаря допомогла ввести в дію протоколи та перевести їх у робочі інструкції для їхнього конкретного відділу чи робочого процесу.

«Я перебуваю в тісному контакті з лікарем. Я сказала їй, що нам потрібно організувати навчання щодо COVID-19 і супутніх заходів профілактики інфекції. Колеги не розуміли необхідності соціального дистанціювання під час перерв на каву, адже медсестри біля ліжка працюють тісно з пацієнтом і одна з однією разом».

[фокус-група 1, ТУЛ]

Підтримка завідуючої відділенням.

Медсестри очікують, що завідуюча відділенням визнає та підтвердить роль медсестри у профілактиці ВЛІ, наприклад, коли колеги опираються дотриманню політики інфекційного контролю. Медсестри відчували, що їхня роль була підірвана, коли цієї підтримки не було.

«Я точно знаю, хто з колег виконує, а хто ні. І коли я спостерігаю невідповідність, я обговорюю з ними це. Якщо ці розмови не дадуть ефекту, я можу звернутися до свого керівника. Вона має набагато більше авторитету, ніж я».

[інтерв'ю 11, ТУЛ]

Співпраця з іншими медсестрами.

Більшість медсестер висловили потребу співпрацювати з медсестрами по всій лікарні, хоча вони не проявили жодної ініціативи щодо організації такої співпраці.

«Я хотіла би частіше бачити персонал медичних сестер інших відділень для обміну інформацією, вчитися один в одного та співпрацювати». [інтерв'ю 19, ТУЛ]

Профілактика ВЛІ в умовах пандемії COVID-19.

Під час недавньої пандемії COVID-19 медичні сестри відчула, що їхні медсестринські обов'язки посилилися. Незважаючи на те, що медичні сестри були приголомшені ситуацією та політикою, яка швидко змінювалася, вони вважала себе відповідальними за ознайомлення з щоденними оновленнями протоколів щодо COVID-19 і надання своїм колегам короткої та актуальної інформації. Медичні сестри відчули, що їхні знання про інфекційний контроль сприяли розумінню

заходів і, отже, їхній здатності відповідати на запитання своїх колег, друзів та знайомих.

«Як медсестра я мала більше знань з цієї теми. Мої колеги звернулися до мене за відповідями. Було багато питань і багато невизначеностей. Я читаю оновлення протоколу, іноді два-три рази на день. Вони очікували, що я буду в курсі подій, але також розуміли, що я теж не маю відповідей на всі питання. [фокус-група 1, ТУЛ].

Деякі медичні сестри були переведені в інше відділення під час першої хвилі пандемії COVID-19. Вони описали, що зосередженість на їхній ролі медичної сестри зменшилася.

«Під час першої хвилі COVID-19 мене перевели в реанімацію. Я думала про заходи профілактики та про те, чи мають вони для мене сенс, але мовчала... Я була приголомшена. Роль медичної сестри взагалі ніколи не обговорювалася. Мені це теж не спало на думку. [фокус-група 2, ТУЛ].

У цьому дослідженні ми досліджували досвід і сприйняття медичних сестер щодо їх ролі в лікарнях, яка в основному зосереджується на діяльності з профілактики ВЛІ у своєму відділенні та, схоже, обмежує свою увагу однією або двома темами профілактики інфекцій (наприклад, гігієна рук, запобіжні заходи ізоляції, методика прибирання та дезінфекції).

Таким чином, ролі та обов'язки фахівця з інфекційного контролю мають бути визначені та збалансовані на рівні відділення з урахуванням місцевої культури та динаміки влади. Якщо ці зацікавлені сторони можуть об'єднати зусилля, створюються умови для ефективного впровадження безпечних практик із медсестринськими втручаннями, які адаптовані до місцевих пріоритетів, культури підопічних та різних факторів і бар'єрів.

Завідуючий відділенням має офіційні повноваження і може насамперед підтверджувати важливість профілактики ВЛІ і роль медсестри в ній.

Співпраця з колегами може допомогти, транслюючи знання щодо запобігання ВЛІ. Коли медичні сестри зосереджуються на розвитку позитивних стосунків із колегами, це сприяє взаємодії, взаєморозумінню і, отже, покращує засвоєння знань.

Ми не побачили відмінностей у відповідях з інтерв'ю з медсестрами з різних відділень.

Оскільки медсестри добровільно зголосилися взяти участь в інтерв'ю, це збільшило ризик залучення лише високомотивованих респондентів. Проте респонденти в наших інтерв'ю згадували як позитивний, так і негативний досвід роботи в ролі медсестри, що робить упередження менш імовірним.

На завершення, цей аналіз досвіду вказує на важливість натхнення та підтримки, щоб допомогти медичним сестрам взяти на себе свою роль у профілактиці ВЛІ.

Висновки до розділу 5.

1. Ролі та обов'язки медичної сестри з розширеними повноваженнями, зокрема, як фахівця з інфекційного контролю мають бути визначені та збалансовані на рівні відділення з урахуванням місцевих особливостей та динаміки керівництва. Якщо ці зацікавлені сторони можуть об'єднати зусилля, створюються умови для ефективного впровадження безпечних практик із різними видами медсестринських втручань, які адаптовані до місцевих пріоритетів, культури підопічних та різних факторів і бар'єрів.

2. Медична сестра з розширеними повноваженнями працює в тісній взаємодії з іншими учасниками лікувального процесу. Зокрема, завідуючий відділенням має офіційні повноваження і може насамперед підтверджувати важливість профілактики ВЛІ і роль медсестри в ній. Співпраця з колегами може допомогти, транслюючи знання щодо запобігання ВЛІ. Коли медичні сестри зосереджуються на розвитку позитивних стосунків із колегами, це сприяє взаємодії, взаєморозумінню і, отже, покращує засвоєння знань. Аналіз досвіду роботи персоналу медичних сестер у профілактиці ВЛІ вказує на важливість натхнення та підтримки, щоб допомогти медичним сестрам взяти на себе свою роль у профілактиці ВЛІ.

ВИСНОВКИ.

1. У ході дослідження була проаналізована науково-методична література з проблеми. Нами вивчено особливості виконання різних видів медсестринських втручань, особливо при наданні допомоги пацієнтам з коронавірусною інфекцією в умовах стаціонару. Виявлено, що проблема допомоги пацієнтам з коронавірусною інфекцією давно за рамки суто медичної. Сьогодні весь світ визначає її як соціальну проблему, яка впливає на здоров'я суспільства і тривалість життя громадян. Україна не є винятком: рівень поширюваності цього захворювання та смертності від нього в нашій країні досить високий. Тому дана проблема потребує вдосконалення усіх ланок надання медичної допомоги, в тому числі і медсестринського процесу.

2. Нами виявлено, що медсестринський процес при наданні допомоги пацієнтам з коронавірусною інфекцією в умовах стаціонару потребує розширення повноважень медичної сестри та має свої особливості, зокрема, При виконанні різних видів медсестринських втручань медичні сестри повинні переконатися, що оцінка потреб пацієнта та планування догляду завжди зосереджені на людині. Усі сестринські втручання мають базуватися на доказах. Цілі, встановлені в плані догляду за пацієнтом, мають бути досяжними та вимірними, а також повинні включати часові рамки, протягом яких можна досягти як короткострокових, так і довгострокових цілей. Ведення записів є життєво важливим компонентом планування медичної допомоги та є частиною інформування про аспекти догляду за пацієнтом та його прогрес у досягненні цілей з іншими медичними працівниками, залученими до догляду.

3. У цьому дослідженні ми дослідили досвід і сприйняття медичних сестер щодо їх ролі в наданні медичної допомоги хворим на важкі форми коронавірусної інфекції в умовах стаціонарів, яка в основному зосереджується на діяльності з профілактики ВЛІ у своєму відділенні та, схоже, обмежує свою увагу однією або двома темами профілактики інфекцій (наприклад, гігієна рук, запобіжні заходи ізоляції, методика прибирання та дезінфекції).

4. Класифікація медсестринських втручань — це система, яка допомагає визначити дії медичної сестри при догляді за пацієнтом і участі у діагностично-лікувальному процесі. Усім медичним сестрам важливо знати цю класифікацію, оскільки вона допомагає стандартизувати догляд та лікування пацієнтів. Медичні сестри використовують цю класифікаційну систему у всіх закладах медичного обслуговування пацієнтів. Переважна більшість медичних сестер не задоволені переліком існуючих медсестринських втручань та відчуває потребу розширити їх зону, переважно за рахунок взаємозалежних медсестринських втручань. Переважна кількість медичних сестер стаціонарів не має достатньої інформації про «комплексне медсестринське втручання» і відчуває гостру потребу в розширенні знань про даний вид медсестринських втручань.

5. При госпіталізації пацієнтів із коронавірусною інфекцією у КНП «Тернопільська університетська лікарня» ТОР було проведене сортування пацієнтів по відділеннях залежно до їх стану. У пульмонологічне відділення були госпіталізовані пацієнти у важкому та критичному стані. На базі ревматологічного відділення переважно проводилось лікування пацієнтів у середньоважкому стані, що потребували проведення постійної замісної ниркової терапії. На базі гастроентерологічного відділення були госпіталізовані переважно пацієнти в стані середньої важкості.

6. Кількість медичного персоналу на чергуваннях у всіх відділеннях КНП «Тернопільська університетська лікарня» ТОР була однаковою, що відповідало штатному розпису. Однак, це вело до перевантаженості співробітників пульмонологічного відділення. Особливо напруженою була праця медичних сестер відділення.

7. Ролі та обов'язки медичної сестри з розширеними повноваженнями, зокрема, як фахівця з інфекційного контролю мають бути визначені та збалансовані на рівні відділення з урахуванням місцевих особливостей та динаміки керівництва. Якщо ці зацікавлені сторони можуть об'єднати зусилля, створюються умови для ефективного впровадження безпечних практик із різними видами медсестринських

втручання, які адаптовані до місцевих пріоритетів, культури підопічних та різних факторів і бар'єрів.

8. Медична сестра з розширеними повноваженнями працює в тісній взаємодії з іншими учасниками лікувального процесу. Зокрема, завідуючий відділенням має офіційні повноваження і може насамперед підтверджувати важливість профілактики ВЛІ і роль медсестри в ній. Співпраця з колегами може допомогти, транслюючи знання щодо запобігання ВЛІ. Коли медичні сестри зосереджуються на розвитку позитивних стосунків із колегами, це сприяє взаємодії, взаєморозумінню і, отже, покращує засвоєння знань. Аналіз досвіду роботи персоналу медичних сестер у профілактиці ВЛІ вказує на важливість натхнення та підтримки, щоб допомогти медичним сестрам взяти на себе свою роль у профілактиці ВЛІ.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Стандарт фахової передвищої освіти освітньо-професійного ступеня фаховий молодший бакалавр галузі знань 22 Охорона здоров'я за спеціальністю 223 Медсестринство // Затверджено та введено в дію наказом Міністерства освіти і науки України від 08.11.2021 № 1202.
2. Стандарт вищої освіти першого (бакалаврського) рівня вищої освіти галузі знань 22 «Охорона здоров'я» за спеціальністю 223 «Медсестринство» // Затверджено та введено в дію наказом Міністерства освіти і науки України від 05.12.2018 № 1344.
3. Стандарт вищої освіти: другий (магістерський) рівень, галузь знань 22 Охорона здоров'я, спеціальність: 223 Медсестринство // Затверджено і введено в дію наказом Міністерства освіти і науки України від 24.06.2022 р. № 589.
4. Rørtveit K. Qualitative evaluation in nursing interventions // A review of the literature. Kristine Rørtveit, Britt Saetre Hansen, Inge Joa, Kirsten Lode, Elisabeth Severinsson. -First published: 02 June 2020. - <https://doi.org/10.1002/nop2.519>.
5. С. А. Комісаренко. Полювання вчених на коронавірус SARS-Cov-2, що викликає COVID-19: наукові стратегії подолання пандемії а [Текст] // Вісник НАН України. – 2020. - № 8. – С. 29-71.
6. М.І. Дземан. Пандемія COVID-19: від гострого респіраторного вірусного захворювання до коронавірусної хвороби // Практикуючий лікар. – 2021. - № 4. - С. 5-23.
7. Ширококов ВП. Коронавірус та інші емерджентні інфекції [Текст] / ВП Ширококов // Український медичний часопис. – 2020. - 2(1), (136). [Електронний ресурс] / Режим доступу: <https://www.umj.com.ua/article/175048/koronavirus-ta-inshi-emerdzhentni-infektsiyi>
8. COVID-19: від епідеміології до лікування // (Матеріал опублікований у виданні European Heart Journal. – 2020. N 41 (22)/ - P/ 2092-2112) [Електронний ресурс] / Режим доступу: <https://health-ua.com/article/61326-COVID19-vd-epdemolog-dolkuvannya>

9. Nursing and Midwifery Council // Future nurse: standards of proficiency for registered nurses. - 2018. [Электронный ресурс] / Режим доступа: <http://tinyurl.com/yddpadva>.
10. Brooker D. Person-centred dementia care // London: Jessica Kingsley; What is a nursing intervention: a beginner's guide. - 2019. [Электронный ресурс] / Режим доступа: <https://tinyurl.com/mh2mwhb6>.
11. Department of Health. Care planning in the treatment of long term conditions: final report of the CAPITOL Project. 2013. [Электронный ресурс] / Режим доступа: <https://tinyurl.com/7399vphc>.
12. National Institute for Clinical Excellence. What to expect during assessment and care planning. - 2021. [Электронный ресурс] / Режим доступа: <https://tinyurl.com/63hm5vvp>.
13. Leach M. Clinical decision making in complementary & alternative medicine // Chatswood (NSW, Australia): Elsevier; 2010.
14. Nursing and Midwifery Council. Future nurse: standards of proficiency for registered nurses. - 2018. [Электронный ресурс] / Режим доступа: <http://tinyurl.com/yddpadva>
15. Matthews E. Nursing care planning made incredibly easy!. Philadelphia (PA): Lippincott Williams and Wilkins; 2010.
16. Revello K, Fields W. An educational intervention to increase nurse adherence in eliciting patient daily goals // Rehabil. Nurs. - 2015; N40:(5) – P.320-326. <https://doi.org/10.1002/rmj.201>
17. Nurse Choice. Nursing smart goals: how to set smart goals for Nursing. - 2018. [Электронный ресурс] / Режим доступа: <https://tinyurl.com/s292baez>
18. What is a nursing intervention: a beginner's guide. -2019. [Электронный ресурс] / Режим доступа: <https://tinyurl.com/mh2mwhb6>
19. Royal College of Nursing. RCN factsheet on nurse prescribing in the UK. -2014. [Электронный ресурс] / Режим доступа: <https://tinyurl.com/hkndnbhv>

20. Department of Health. Personalised care planning: improving care for people with Long term conditions. - 2011. [Электронный ресурс] / Режим доступа: <https://tinyurl.com/uc3u3tkh>.
21. Department of Health. Personalised care planning: improving care for people with Long term conditions. - 2011. [Электронный ресурс] / Режим доступа: <https://tinyurl.com/uc3u3tkh>
22. Monitor. Delivering better integrated care: A summary of what delivering better integrated care means and how Monitor is supporting the sector. - 2015. <https://tinyurl.com/825k8kd6>
23. World Health Organization. Integrated care models: an overview. 2016. [Электронный ресурс] / Режим доступа: <https://tinyurl.com/6encn9a5>
24. Centre for Policy on Ageing. The effectiveness of care pathways in health and social care. 2014. [Электронный ресурс] / Режим доступа: <https://tinyurl.com/3t835kfd>
25. Kozier B, Erb G, Berman A, Snyder S, Lake R, Harvey S. Fundamentals of nursing: concepts, process and practice, - 8th edn. - Harlow: Pearson Education; 2008.
26. Nursing and Midwifery Council. The code: professional standards of practice and behaviour for nurses, midwives and nursing associates. 2018. [Электронный ресурс] / Режим доступа: <https://tinyurl.com/gozgmtm>
27. Dimond B. Exploring the legal status of healthcare documentation in the UK // Br. J. Nurs. - 2005; - N14:(9)/ - P.517-518. <https://doi.org/10.12968/bjon.2005.14.9.18078>
28. Nursing and Midwifery Council. Keep records of all evidence and decisions. - 2021. [Электронный ресурс] / Режим доступа: <https://tinyurl.com/4pcabhms>
29. Butterworth C. How to achieve a person-centred writing style in care plans. Nurs Older People. - 2012/ - N24:(8). - P. 21-26. <https://doi.org/10.7748/nop2012.10.24.8.21.c9310>.
30. NHS website. NHS launches accredited suppliers for electronic patient records. - 2019. [Электронный ресурс] / Режим доступа: <https://tinyurl.com/4fzs4up5>.

31. Michie, S., Fixsen, D., Grimshaw, J. M., & Eccles, M. P. Specifying and reporting complex behaviour change interventions: The need for a scientific method // *Implementation Science*/ - 2009. - N4. – P/ 40. [Электронный ресурс] / Режим доступа: <https://doi.org/10.1186/1748-5908-4-40>
32. Mohler, R., Bartoszek, G., Kopke, S., & Meyer, G. Proposed criteria for reporting the development and evaluation of complex interventions in healthcare (CReDECI): Guideline development // *International Journal of Nursing Studies*/ - 2012. - N49(1). – P. 40– 46. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2011.08.003>
33. van Manen, M. Phenomenology in its original sense // *Qualitative Health Research*. - 2017. - N27(6). – P. 810– 825. <https://doi.org/10.1177/1049732317699381>
34. Hanifa, A. L. B., Glaemose, A. O., & Laursen, B. S. Picking up the pieces: Qualitative evaluation of follow-up consultations post intensive care admission // *Intensive & Critical Care Nursing*. – 2018. N48. P. 85– 91. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2018.06.004>
35. Graneheim, U. H., Lindgren, B. M., & Lundman, B. Methodological challenges in qualitative content analysis: A discussion paper // *Nurse Education Today*. - 2017. - N56. – P/ 29– 34. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.06.002>
36. Nursing interventions that humanise care for patients affected by COVID-19 in isolation units: An integrative review. Júlio Belo Fernandes, Diana Alves Vareta, Sónia Fernandes, Cidália Castro, Aida Simões, Dina Peças, and Ana Almeida // *Infect. Dis. Health*. – 2022. - Aug; 27(3). – P. 163–174. doi: 10.1016/j.idh.2022.03.001
37. Fan P., Aloweni F., Lim S.H., Ang S.Y., Perera K., Quek A.H., et al. Needs and concerns of patients in isolation care units - learnings from COVID-19: a reflection // *World J. Clin. Case*. - 2020. N8(10). – P. 1763–1766. doi: 10.12998/wjcc.v8.i10.1763.
38. Zhang F., Hu D., Liu Y., Li H., Zhu X., Pan S. Expert consensus on nurses' human caring for COVID-19 patients in different sites // *Curr. Med. Sci*. – 2020. - N40(4). – P. 602–607. doi: 10.1007/s11596-020-2222-0.

39. Watson J. In: Nursing theories and nursing practice. Smith M., Parker M., editors. F. A. Davis Company; Philadelphia: 2015. Jean watson's theory of human caring. [Google Scholar]
40. Oliveira A.C. Challenges faced by nursing professionals in the covid 19 pandemic // *Nur.s J. Minas. Gerais.* – 2020. -N24. doi: 10.5935/1415-2762.20200032.
41. Thobaitya A.A., Alshammarib F. Nurses on the frontline against the COVID-19 pandemic: an integrative review. // *Dubai Med. J.* – 2020. -N3. – P. 87–92. doi: 10.1159/000509361.
42. Al Thobaity A., Alshammari F. Nurses on the frontline against the COVID-19 pandemic: an integrative review // *Dubai Med. J.* – 2020. N3(3). – P. 87–92. doi: 10.1159/000509361.
43. Díaz-Rodríguez M., Rubio L., García D., Cristóbal E., Valera M. Training guidelines for humanised nursing care: an integrative literature review // *Enfermería Glob.* – 2020. N19(2). P. 657–672. doi: 10.6018/eglobal.392321. [CrossRef] [Google Scholar]
44. Abad C., Fearday A., Safdar N. Adverse effects of isolation in hospitalised patients: a systematic review // *J. Hosp. Infect.* – 2010. - N76(2). P. 97–102. doi: 10.1016/j.jhin.2010.04.027. [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
45. Kwame A., Petrucka P.M. Communication in nurse-patient interaction in healthcare settings in sub-Saharan Africa: a scoping review // *Int. J. Afr. Nurs. Sci.* – 2020. -N12. P. 100198. doi: 10.1016/j.ijans.2020.100198. [CrossRef] [Google Scholar]
46. Norouzinia R., Aghabarari M., Shiri M., Karimi M., Samami E. Communication barriers perceived by nurses and patients // *Global J. Health Sci.* – 2015. - N8(6). – P. 65–74. doi: 10.5539/gjhs.v8n6p65. [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
47. Vermeir P. Communication in healthcare: a narrative review of the literature and practical recommendations / Vermeir P., Vandijck D., Degroote S., Peleman R., Verhaeghe R., Mortier E., et al. // *Int. J. Clin. Pract.* – 2015. - N69(11). – P.1257–1267. doi: 10.1111/ijcp.12686. [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]

48. Watson J. Human caring science: a theory of nursing / 2nd ed. Jones & Bartlett Learning; Sudbury, Massachusetts: 2011. [Google Scholar]
49. Chen C.H., Pan M.Y., Liu H.Y. Nursing experience caring for a COVID-19 patient with hearing loss // *J. Nurs.* – 2020. - N67(6). – P. 97–103. doi: 10.6224/JN.202012_67(6).13. [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
50. Yang H., Xu Y., Shao J. A survey on the mental health status of mild COVID-19 patients and their satisfaction with humanistic care in a square shelter hospital // *Macau J. Nurs.* – 2020. - N19(1). – P. 1–6. doi: 10.6729/MJN.202009_19(1).003. [CrossRef] [Google Scholar]
51. Wang H., Zeng T., Wu X., Sun H. Holistic care for patients with severe coronavirus disease 2019: an expert consensus // *Int J. Nurs. Sci.* – 2020. - N7(2). – P. 128–134. doi: 10.1016/j.ijnss.2020.03.010. [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
52. Chovanec K., Howard N. Acute care management during a pandemic // *Prof. Case Manag.* – 2021. - N26(1). – P. 11–18. doi: 10.1097/NCM.0000000000000487. [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
53. Multidisciplinary Working Group "ComuniCovid" [Italian Society of Anesthesia and Intensive Care (SIAARTI), Italian Association of Critical Care Nurses (Aniarti), Italian Society of Emergency Medicine (SIMEU), and Italian Society Palliative Care (SICP)] Come comunicare con i familiari dei pazienti in completo isolamento durante la pandemia da SARS-CoV-2 // *Recenti Prog. Med.* – 2020. - N111(6). – P. 357–367. doi: 10.1701/3394.33757. [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
54. Romero-Martín M., Gómez-Salgado J., Robles-Romero J.M., Jiménez-Picón N., Gómez-Urquiza J.L., Ponce-Blandón J.A. Systematic review of the nature of nursing care described by using the Caring Behaviours Inventory // *J. Clin. Nurs.* – 2019. - N28(21–22). – P. 3734–3746. doi: 10.1111/jocn.15015. [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
55. Chovanec K., Howard N. Acute care management during a pandemic // *Prof. Case Manag.* – 2021. - N26(1). – P. 11–18. doi: 10.1097/NCM.0000000000000487. [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]

56. Vitale E., Giammarinaro M.P., Lupo R., Archetta V., Fortunato R.S., Caldararo C., et al. The quality of patient-nurse communication perceived before and during the COVID-19 pandemic: an Italian pilot study // *Acta Biomed.* – 2021. - N92(S2). doi: 10.23750/abm.v92iS2.11300. [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
57. Ratna H. The importance of effective communication in healthcare practice // *Harvard Public Health Review.* – 2019. - V. 23. – P/ 1–6. [Google Scholar]
58. Gutiérrez-Puertas L., Márquez-Hernández V.V., Gutiérrez-Puertas V., Granados-Gómez G., Aguilera-Manrique G. Educational interventions for nursing students to develop communication skills with patients: a systematic review // *Int. J. Environ. Res. Publ. Health.* – 2020. - N17(7). – P. 2241. doi: 10.3390/ijerph17072241. [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
59. Kang H.S., Son Y.D., Chae S.M., Corte C. Working experiences of nurses during the Middle East respiratory syndrome outbreak // *Int. J. Nurs. Pract.* – 2018. - N24(5). doi: 10.1111/ijn.12664. [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
60. Ness M.M., Saylor J., Di Fusco L.A., Evans K. Healthcare providers' challenges during the coronavirus disease (COVID-19) pandemic: a qualitative approach // *Nurs. Health Sci.* 2021;23(2):389–397. doi: 10.1111/nhs.12820. [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
61. Sugg H., Russell A.M., Morgan L.M., Iles-Smith H., Richards D.A., Morley N., et al. Fundamental nursing care in patients with the SARS-CoV-2 virus: results from the 'COVID-NURSE' mixed methods survey into nurses' experiences of missed care and barriers to care // *BMC Nurs.* – 2021. - N20(1). – P. 215. doi: 10.1186/s12912-021-00746-5. [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
62. Bullington J., Söderlund M., Bos Sparén E., Kneck Å., Omérov P., Cronqvist A. Communication skills in nursing: a phenomenologically-based communication training approach // *Nurse Educ. Pract.* – 2019. - N39. – P. 136–141. doi: 10.1016/j.nepr.2019.08.011. [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]

63. Fang Y., Tao Q., Zhou X., Chen S., Huang J., Jiang Y., et al. Patient and family member factors influencing outcomes of poststroke inpatient rehabilitation // *Arch. Phys. Med. Rehabil.* – 2017. - N98(2). – P. 249–255. doi: 10.1016/j.apmr.2016.07.005. e2. [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
64. Pérez M.A., López C.L., Vela S.T., Sánchez C.M., Martín M.O., Iglesias M.G., et al. Nursing perception of communication with intensive care unit patients family members // *Enfermería Intensiva.* – 2014. – N25(4). – P. 137–145. doi: 10.1016/j.enfi.2014.09.001. [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
65. Asghari E., Archibald M., Roshangar F. Nursing interventions for patients with COVID-19: a medical record review and nursing interventions classification study // *Int. J. Nurs. Knowle.* – 2022. - N 33. – P. 57–63. doi: 10.1111/2047-3095.12332. [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar].
66. Lovell N., Maddocks M., Etkind S.N., Taylor K., Carey I., Vora V., et al. Characteristics, symptom management, and outcomes of 101 patients with COVID-19 referred for hospital palliative care // *J. Pain Symptom Manag.* – 2020. - N60(1). - E77–E81. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2020.04.015. [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar].
67. Sanyaolu A., Okorie C., Marinkovic A., Patidar R., Younis K., Desai P., et al. Comorbidity and its impact on patients with COVID-19 // *S. N. Compr. Cl. Med.* – 2020. - N1. – P. 8 doi: 10.1007/s42399-020-00363-4. Advance online publication. [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar].
68. Paice J.A., Battista V., Drick C.A., Schreiner E. Palliative nursing summit: nurses leading change and transforming primary palliative care: nursing's role in providing pain and symptom management // *J. Hospice Palliat. Nurs.* – 2018. - N20(1). – P. 30–35. doi: 10.1097/NJH.0000000000000405. [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar].
69. Chen J., Mullins C.D., Novak P., Thomas S.B. Personalized strategies to activate and empower patients in health care and reduce health disparities // *Health Educ. Behav.* – 2016. - N43(1). – P. 25–34. doi: 10.1177/1090198115579415. [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar].

70. Truglio-Londrigan M., Slyer J.T. Shared decision-making for nursing practice: an integrative review // *Open Nurs. J.* – 2018. - N12. – P. 1–14. doi: 10.2174/1874434601812010001. [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar].

71. Chau J., Lo S., Saran R., Leung C., Lam S., Thompson D.R. Nurses' experiences of caring for people with COVID-19 in Hong Kong: a qualitative enquiry // *B. M. J. Open.* – 2021. - N11(8). doi: 10.1136/bmjopen-2021-052683. [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar].