



# Республиканский медицинский колледж

Основа доказательной сестринской практики  
интегрирование научных данных с  
клиническим опытом сестры и ценностями.

Выполнили: Тулепбекова М Т  
Канилбаева Г Б  
Дуйсебекова А С  
Бейшеналиева А

Алматы 2016-2017

Сестринская практика, основанная на принципах доказательной медицины: для чего и для кого?(перевод с англ. под ред. З.З. Балкизова)

## • Резюме

- Мы продолжаем публикацию серии статей Фульвии Баль-дассарре, посвященных состоянию сестринского дела. В данной статье Фульвия подробно на проблеме доказательной сестринской практики. Что это такое? Каким образом доказательная медицина может улучшить сестринское дело и как следствие - качество оказания медицинской помощи.
- Ключевые слова: • Доказательная медицина • Доказательная сестринская практика • Клиническая компетентность



## Мед. образование и проф. развитие. 2015. № 1.

- Представьте себе, что вы медицинская сестра, которая получила свой диплом 18 лет назад, отработала в терапевтическом отделении 10 лет и затем оставила работу, для того чтобы ухаживать за двумя детьми. Недавно вы решили снова вернуться к практике, прошли курс переподготовки, сдали соответствующий экзамен и теперь работаете участковой медицинской сестрой у себя в районе. Одной из ваших пациенток, Марии, 79 лет, перенесшей гинекологическую операцию, требуется периодическая катетеризация мочевого пузыря. Вы удивлены, что ваш наниматель рекомендует использовать стерильную воду для очищения периуретральной области перед катетеризацией. Из курса обучения вы помните, что для этой цели следует использовать раствор антисептика. Джеймс, 65 лет, также один из ваших клиентов, он недавно перенес операцию по поводу колоректального рака III стадии.

- При беседе с ним и его женой вы узнали, что при согласовании курса терапии с онкологами, занимавшимися лечением Джеймса, было принято решение использовать пероральный капецитабин только в качестве послеоперационной химиотерапии. После обстоятельного обсуждения он отказался от дополнительной адъювантной внутривенной химиотерапии, которая, по данным статистики, могла бы увеличить его шансы на выживание на 5%. В более патриархальной модели лечебного процесса, о которой вы еще помните, доктора самостоятельно решали бы вопрос о том, какое лекарство следует принимать пациенту. Еще у вас на участке есть Джеан, которая недавно родила. Джеан во время родов не производилась эпизиотомия, которая ранее была рутинной процедурой, а сестры в госпитале научили ее промывать пупочный канатик ребенка стерильной водой, вместо традиционно используемого этилового спирта.

- Описанные выше изменения лечебной практики являются результатом внедрения принципов доказательной сестринской помощи (ДСП) и доказательной медицины (ДМ). ДСП была определена как интеграция лучших, научно обоснованных данных, профессиональной квалификации и важностью участия пациента в принятии клинических решений (DiCenso, 2005; Sackett, 2000). Принятие клинических решений, основанных на доказательствах, включает следующие компоненты теоретической модели: клиническое состояние пациента; окружающая обстановка и обстоятельства заболевания; предпочтения и действия пациента; научно обоснованные данные и ресурсы системы здравоохранения. Эти четыре компонента объединяются с помощью пятого всеобъемлющего элемента - профессионального мастерства (DiCenso и соавт., 2005).

# ЛИТЕРАТУРА

для специалистов  
практического здравоохранения

## МЕДИЦИНА: ОБРАЗОВАНИЕ И ИННОВАЦИИ

материалы подготовлены  
при участии специалистов  
ГБОУ СПО "Свердловский областной  
медицинский колледж"



- Статус пациента, окружающая обстановка и обстоятельства заболевания (сопутствующие заболевания, социальные, географические или логистические факторы и окружение) могут оказывать влияние на реакцию пациента на сестринские манипуляции. В сценарии, представленном выше, благоприятное домашнее окружение позволяет проводить миссис Марии очищение парауретральной области перед катетеризацией стерильной водой, а не раствором антисептика (Cheung и соавт., 2008).
- Предпочтения и действия пациента играют ведущую роль в принятии решения в клинических обстоятельствах. Предпочтения пациентов определяются их ценностями и опытом, их нежеланием рисковать, финансовыми возможностями, отношениями в семье и уровнем знаний. Предпочтения могут не оказывать влияния на действия пациента и не обязательно будут соответствовать рекомендациям лечащих врачей. Например, мистер Джеймс, пациент из этого сценария, предпочел отказаться от дополнительной адъювантной терапии злокачественной опухоли, хотя это могло немного увеличить его шансы на выживание.

# Научно обоснованные данные включают.

- Научно обоснованные данные включают: "-методологически правильные и клинически значимые исследования, посвященные эффективности и безопасности медсестринских манипуляций, точность и правильность мероприятий по оценке медсестринских манипуляций, эффективность прогностических маркеров, силу причинно-следственных взаимосвязей, рентабельность сестринских манипуляций, а также суть заболевания или жизненный опыт пациента" (Ciliska, 2011). Например, научно обоснованная доказательная база для обработки периуретральной области или пупочного канатика дистиллированной водой вместо антисептического раствора может быть найдена в данных рандомизированных контролируемых исследований (РКИ) Cheung с соавт. и Кокрановском систематическом обзоре, проведенном Zupan с соавт. (2004). Одним из основных особенностей доказательной системы взглядов является тот факт, что не всем данным, полученным в процессе поиска ответов на конкретные вопросы, можно одинаково доверять при непосредственном принятии решений в клинической практике, потому что не все исследования качественно проведены.

- Кроме того, одно, даже хорошее исследование, не так убедительно, как качественно выполненный систематический обзор, объединяющий результаты всех исследований по данному вопросу. Следовательно, для научнообоснованной практики рекомендуется использовать иерархию данных. Например, для вопросов, связанных с принятием клинических решений, на вершине иерархической лестницы находятся систематизированные обзоры рандомизированных контролируемых исследований (РКИ), но если такого обзора не существует, по убывающей, - отдельные РКИ, систематические обзоры обсервационных исследований, отдельные обсервационные исследования и, наконец, несистематизированные обсервационные исследования (DiCenso и соавт., 2005).



2016

ДЕЛЯ МЕДИЦИНСКОГО

ОБРАЗОВАНИЯ

# Клиническая компетентность.

- Клиническая компетентность - это последний и всеобъемлющий элемент, он включает общие базовые умения клинической практики, а также опыт, накопленный за годы работы, и является важным элементом, объединяющим другие компоненты (Haynes, Devereaux, Guyatt, 2002). Медицинские сестры используют свою клиническую компетентность в случаях, когда необходимо понять значимость специфического исследования и его применимость к пациентам (DiCenso и соавт., 2005).
- Было бы очень неверным представление - что повышения качества медсестринских процедур можно достигнуть с помощью одного только знания инструментов ДСП (например, практических рекомендаций и научных данных); для понимания болезней пациента, его опыта, окружения и культурных особенностей медицинские сестры нуждаются в клиническом опыте, навыках выслушивания, а также в глубоком знании гуманитарных и социальных наук (DiCenso 2005).

- В соответствии с одной из ранних публикаций по ДМ (Sackett и соавт., 1997), первоначально насчитывалось 5 причин для формирования этого нового типа медицинской практики; становятся доступны новые виды доказательств, стало известно, что знания врачей и исходы лечения ухудшаются с течением времени и что традиционные программы обучения неэффективны для изменения медицинской практики, в то время как методы ДМ эффективны в поддержании знаний медицинских работников на современном уровне.

# Во-первых.

- Появился новый вид данных (например, полученных с помощью РКИ и систематизированных обзоров РКИ, посвященных лечебным манипуляциям, кросс-секционных исследований, посвященных диагностике, прогностических исследований, основанных на наблюдении, качественных исследований, основанных на ощущениях пациента). Приверженцы ДМ понимали, что этот новый вид данных, после получения и осмысливания, способен привести к значительным изменениям в ведении пациентов и оказании медицинской помощи (Sackett и соавт., 1997). Также ДМ в перспективе способна была уменьшить значительные различия в лечебной практике, которые отмечались во времена, когда медицина основывалась на мнении экспертов, а их мнения не совпадали. Например, по данным недавнего РКИ, замена иглы после набора лекарственного препарата в шприц перед внутримышечной инъекцией значительно снижает болевые ощущения (Agac, Gunes, 2011). Этот этап (замена иглы) большинство из нас в силу недостатка осведомленности, времени или финансовых возможностей опускают. В этом исследовании были освещены причины уменьшения болей, что очень важно для пациента, для чего все это и производится

- По данным других РКИ, сахароза оказалась более эффективной, чем липосомальный лидокаин в снижении болей во время венепункции у новорожденных (Taddio и соавт., 2011); Кокрановский обзор показал, что очищение пупочного канатика стерильной водой вместо этилового спирта способствует скорейшему отделению пупочного канатика у новорожденных (Zupan и соавт., 2004). Иногда бывает неожиданным, что традиционные или более дешевые препараты могут быть эффективнее новых, и РКИ дает нам возможность использовать такие средства. Аналогично этому парадоксален факт, что укоренившиеся и широко применяемые методы лечения могут приносить вред пациентам. Тем не менее, заместительная гормонотерапия назначалась десяткам тысяч женщин во всем мире до тех пор, пока РКИ не показали, что эти препараты в действительности оказывают негативное влияние на здоровье (Rossouw и соавт., 2002). Кроме того, антиаритмические препараты рутинно назначались тысячам пациентов с инфарктом миокарда до тех пор, пока с помощью РКИ не было показано, что они приносят больше вреда, чем пользы (Echt и соавт., 1991). Использование в таких случаях результатов высококачественных научных исследований и правильная их интерпретация приносит пользу пациентам и всей системе здравоохранения.

# Второй причиной.

- Второй причиной, которая выдвинула ДСП на передовые позиции в 1997г. Была трудность получения новых данных, которые являются необходимыми ежедневно (Sackett и соавт., 1997). Исследования, посвященные сестринскому делу, можно найти во множестве журналов (специальных сестринских и других), хотя не все опубликованные материалы содержат обоснованные данные. Если даже предположить, что медицинские сестры будут иметь доступ ко всем опубликованным материалам, у них не хватит времени на обзоры и критическую оценку огромного количества ежедневно выпускаемой специальной литературы. Это является значительным препятствием для внедрения ДСП. Благодаря международному интересу, возросшему в связи с продвижением ДМ, с целью преодоления этого барьера, было разработано большое количество информационных ресурсов. Вот примеры ресурсов с встроенными методологическими фильтрами, позволяющими идентифицировать высококачественные исследования - ими можно пользоваться бесплатно, они содержат обновленную доказательную информацию (<http://plus.mcmaster.ca/evidenceupdates/Default.aspx>), McMaster Plus, доступный для медицинских сестер на <http://plus.mcmaster.ca/np/Default.aspx>, и PubMed с "Клиническими уточнениями" (доступны на <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/clinical>).

# Третьей причиной.

- Выделенной ранними приверженцами ДМ, был тот факт, что современные знания и клиническая деятельность со временем теряют свою актуальность. Чем больше лет проходит со времени окончания врачами учебного заведения, тем меньше их знания соответствуют условиям оказания современной медицинской помощи - феномен, который Дэвид Сакетт (David Sackett) определил как "клиническая энтропия" (Sackett и соавт., 1997).

# В-четвертых.

- Традиционные учебные программы и особенно непрерывное образование, состоящее из традиционных сессий лекционного типа, оказались неэффективными в условиях изменяющегося режима работы поставщиков медицинских услуг и, таким образом, получение новых знаний и навыков, соответствующих новым научным данным (Grimshaw и соавт., 2001; Sackett и соавт., 1997); в то время как (пятая причина) доказательный подход с особым акцентом на скептицизм, недоверие и пытливое отношение, которое подталкивает студентов и практикующих врачей к использованию их критического мышления, оказалось эффективным способом поддержания знаний и навыков врачей на современном уровне (Sackett и соавт., 1997; McGinty, Anderson, 2008).



- Эти 4 причин, появившиеся 15 лет назад, были предложены для создания новой стратегии обучения и медицинской практики. С самого начала оказалось очевидным, что этот метод, в связи с тем что лечение пациентов становится все более сложным и требует тесного сотрудничества практикующих врачей, является очень подходящим и необходимым для всех медицинских специальностей.
- Доказательная медицинская помощь сначала была внедрена в западных странах (Канада, Великобритания, США). Когда предлагаемые ей концепции распространились в другие страны (например, в Россию) или на неврачебные профессии, появились другие причины, способствующие ее внедрению: ДМ стала механизмом познающего поколения, базисом профессиональной компетенции и способом распространения этой компетенции в другие сферы (Gelzer, 2009). Фактически ДСП оказала влияние на разные сферы клинической практики, а также организацию, образование и стратегию здравоохранения.

Клиницистам, которые хотят применять доказательную практику, следует освоить некоторые важные навыки. В ранний период считалось, что ДСП должна обладать следующими характеристиками (Flemming, 1998):

- -превращать информационные практические нужды в вопросы, имеющие ответы;
- -эффективно и тщательно исследовать информацию для обнаружения научных данных, соответствующих заданным вопросам; критически оценивать достоверность и обобщенность данных;
- -для обеспечения лечебного процесса использовать научно обоснованные данные, интегрируя их с клиническим опытом;
- -оценивать произведенную работу с помощью процесса самоанализа, аудита или коллегиальной оценки.

- Клиницисты, получившие образование по программе ДСП и работающие в благоприятной для внедрения принципов ДМ обстановке, могут стать источниками новых знаний. Благодаря их клиническим наблюдениям станет возможно усовершенствование научных вопросов и, в результате ответа на эти вопросы, пополнение знаний в сестринской практике. Так как сестринская практика в значительной мере основана на контексте (ситуации конкретного пациента), то благодаря применению этого метода могут быть обнаружены, описаны и истолкованы важные параметры, характерные для определенной обстановки, а результаты оглашены сообществу медицинских работников, как в местном так и в мировом масштабе.

- Научно обоснованные данные важно учитывать при принятии решений (административных и в области системы здравоохранения), а также в клинических ситуациях. Фактически вмешательства в стратегию и уровень оказания медицинской помощи спасают человеческие жизни (или вызывают смерть) так же, как и клинические вмешательства, хотя менее очевидным и прямым способом (Lomas, 2005). Например, Devereaux и соавт. показали, что у пациентов, которые проходили лечение в американских коммерческих клиниках (Devereaux и соавт., 2002a) и отделениях гемодиализа (Devereaux и соавт., 2002b), смертность была выше, чем у пациентов, леченных в некоммерческих организациях. Те же авторы показали, что медицинская помощь, оказываемая в коммерческих организациях, имеет большую стоимость, чем в некоммерческих (Devereaux и соавт., 2004).

# Заключения.

- Совершенно очевидно, что существует множество причин для внедрения ДСП как нового пути мышления и сестринской практики. Эта новая система взглядов потенциально приносит пользу самим медицинским сестрам, другим работникам системы здравоохранения, организациям и обществу в целом. Приверженность доказательной практике неизбежна для того, чтобы оставаться на современном уровне в мире развития экономики знаний и технологий. В нашем мире цель "могущественных инстанций" (правительство и фармацевтическая промышленность) - контроль деятельности профессиональных медиков. В то же время у пациентов появляется все больше знаний благодаря широкому использованию Интернета, и они требуют повешения контроля над процессом их лечения. Медицинские сестры находятся в ситуации давления с обеих сторон, при необходимости подчинения этим "могущественным инстанциям" и выполнения своего долга (помощь своим пациентам и их защита). Средством, которое они могут использовать для достижения этой цели, является использование своего критического мышления и доказательной сестринской практики.

САЙТ АСМОК: [WWW.ASMOK.RU](http://WWW.ASMOK.RU)



САЙТ ЖУРНАЛА МЕДИЦИНСКОЕ  
ОБРАЗОВАНИЕ: [WWW.MEDOBR.RU](http://WWW.MEDOBR.RU)

**СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!**

# Список литературы.

- [Медицинское образование и профессиональное развитие №2 \(24\) 2016](#)
- [Медицинское образование и профессиональное развитие №1 \(23\) 2016](#)
- [Медицинское образование и профессиональное развитие №4 \(22\) 2015](#)
- [Медицинское образование и профессиональное развитие №3 \(21\) 2015](#)
- [Медицинское образование и профессиональное развитие №2 \(20\) 2015](#)
- [Медицинское образование и профессиональное развитие №1 \(19\) 2015](#)
- [Медицинское образование и профессиональное развитие №4 \(18\) 2014](#)
- [Медицинское образование и профессиональное развитие №3 \(17\) 2014](#)
- [Медицинское образование и профессиональное развитие №2 \(16\) 2014](#)