

DOI 10.32782/2077-6594.4.0.2020.220390
УДК 617.55-083.98:614.253.5]-089.168

Спивак А.П., Стрельцова А.Д., Миронюк І.С.

Мультидисциплінарна реабілітаційна команда в ургентній хірургії черевної порожнини: роль медичної сестри стаціонару

ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород, Україна

antonina.spivak@uzhnu.edu.ua, streltsova.anastasiya@student.uzhnu.edu.ua, ivan.myronyuk@uzhnu.edu.ua

Спивак А.П., Стрельцова А.Д., Миронюк І.С.

Мультидисциплинарная реабилитационная команда в ургентной хирургии брюшной полости: роль медицинской сестры стационара

ГВУЗ «Ужгородский национальный университет», г. Ужгород, Украина

Spivak A.P., Streltsova A.D., Myronyuk I.S.

Multidisciplinary rehabilitation team in emergency abdominal surgery: the role of a hospital nurse

Uzhhorod National University, Uzhhorod, Ukraine

Вступ

Ургентні хірургічні втручання на органах черевної порожнини при гострих захворюваннях органів черевної порожнини і травмах залишаються одним із самих поширених видів екстрених оперативних маніпуляцій в хірургічній практиці. Хірургічні втручання на органах черевної порожнини становлять 45–50% від загальної кількості операцій, а співвідношення планових та ургентних хірургічних втручань на органах черевної порожнини в Україні становить 6:1 [1]. Гострі запальні захворювання органів черевної порожнини є найбільш численною частиною гострої хірургічної патології, що зумовлює поняття "гострий живіт" (під поняттям "гострий живіт" маються на увазі різні захворювання та стани, які супроводжуються запаленням чи подразненням очеревини і потребують невідкладної хірургічної допомоги) [2]. Ризик розвитку післяопераційних ускладнень при здійсненні хірургічного втручання з приводу гострої хірургічної патології органів черевної порожнини завжди вище, ніж після планової операції. Частота розвитку ускладнень після ургентних операцій може досягати 62,3% [3]. Серед післяопераційних ускладнень в різні післяопераційні періоди спостерігаються патологія і порушення різних органів та систем (дихальної, серцево-судинної, органів травлення та сечовидільної) та патологія перебігу власне ранового процесу (інфекційні ускладнення, розходження швів, кровотеча). Одним із ефективних компонентів профілактики розвитку багатьох післяопераційних ускладнень при хірургічних втручаннях на органах черевної порожнини є раннє застосування методів фізичної терапії та інших реабілітаційних заходів. Тому, в сучасній хірургії загальноприйнятим є метод ранньої активізації пацієнта після операції, з використанням різних рухових режимів, засобів фізичної терапії (лікувальна фізична культура, масаж, фізіотерапія та інші) [4,5]. На сьогоднішній день система реабілітаційної допомоги населенню рухається до

впровадження мультидисциплінарного підходу та доказової реабілітації [6]. Впровадження нових посад в систему охорони здоров'я з визначенням їх функцій, нормативне врегулювання надання реабілітаційних послуг та формування оновленої системи комплексної реабілітації дає можливість по новому формувати функції кожного члена мультидисциплінарної команди в клієнтцентрованій моделі реабілітаційної допомоги населенню [7]. Зокрема, робота нових фахівців буде спрямована передусім не на саме захворювання чи травму пацієнта, а на роботу з усунення обмеження діяльності внаслідок цього захворювання чи травми. Вони за допомогою комплексу фізичних вправ та інших доказових методів забезпечать активну фізичну реабілітацію задля поліпшення діяльності опорно-рухового апарату та організму в цілому, рівноваги, координації, збільшення сили, витривалості м'язів і вдосконалення вправності рухів, відновлення або компенсації порушених чи відсутніх функцій. В той же час, різноманітні діючі і теоретично обґрунтовані моделі надання реабілітаційних послуг пацієнтам різних категорій передбачають участь у реалізації реабілітаційних програм на засадах мультидисциплінарного підходу і існуючих в системі надання медичної допомоги спеціалістів, зокрема і медичних сестер [8,9].

Мета дослідження: визначення ролі медичної сестри хірургічного стаціонару як члена мультидисциплінарної реабілітаційної команди при різних моделях організації реабілітаційної допомоги пацієнтам, що перенесли ургентні хірургічні втручання на органах черевної порожнини.

Матеріали та методи

Для досягнення поставленої мети дослідження нам було використано наступні методи: бібліосемантичний, контент-аналізу нормативно-правових документів організації реабілітаційної допомоги населенню та

медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України, структурно-логічного аналізу та описового моделювання. Матеріалам дослідження виступили опубліковані і доступні результати досліджень з питань організації реабілітаційної допомоги в хірургії, правила і положення Національної служби здоров'я України (НСЗ України) щодо укладення договорів про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій [10], стандарти і клінічні протоколи МОЗ України за спеціальністю «Хірургія» [11]. Об'єктом дослідження виступила система надання реабілітаційної допомоги пацієнтам хірургічних стаціонарів, яким було проведено оперативні втручання на органах черевної порожнини. Предмет дослідження – роль і варіанти функцій медичної сестри хірургічного стаціонару як члена мультидисциплінарної реабілітаційної команди. Дослідження було проведено в два послідовні етапи. Так, на першому етапі оцінювалися питання мінімального переліку видів реабілітаційних послуг для визначеної категорії пацієнтів на різних етапах ведення хворого після перенесеного оперативного втручання на органах черевної порожнини та вимоги до кадрового та матеріально-технічного забезпечення процесу реалізації програм реабілітації. Другий етап дослідження був направлений на формування і теоретичне обґрунтування варіантів моделей мультидисциплінарного забезпечення процесу реабілітації визначеної категорії пацієнтів та визначення ролі медичної сестри хірургічного стаціонару в різних варіантах складу мультидисциплінарної реабілітаційної команди.

Результати дослідження та їх обговорення

Проведений на першому етапі дослідження контент-аналіз нормативно-правових та регуляторних документів рекомендаційного характеру з питань організації та змісту надання реабілітаційної допомоги пацієнтам хірургічного профілю, що перенесли оперативні втручання на органах черевної порожнини показав наступне. На сьогодні МОЗ України в питаннях регулювання надання медичної та реабілітаційної допомоги стоїть на позиції широкого використання в системі охорони здоров'я міжнародних настанов лікування і діагностики хвороб, не вимагаючи наявності і суворого дотримання уніфікованих клінічних протоколів, затверджених відповідними наказами [12]. Аналіз даних галузевих стандартів та клінічних настанов Державного експертного центру МОЗ України [13] показав, що серед 93 клінічних настанов, 5 стандартів медичної допомоги та 123 уніфікованих клінічних протоколів медичної допомоги, розроблених і затверджених за останні роки, для досягнення поставленої мети дослідження найбільш інформативним є стандарти та клінічні протоколи надання медичної допомоги зі спеціальності "Хірургія" 2010 року [11], який наразі є чинним, але втратить чинність в березні 2021 року, коли заплановано перехід до відповідних галузевих стандартів медичної допомоги [14]. Згідно існуючих медико-технологічних документів, яким мають керуватись медичні фахівці, усі пацієнти, які перенесли

екстремі операційні втручання на органах черевної порожнини, потребують реабілітаційної допомоги вже під час перебування в хірургічному стаціонарі в ранньому післяопераційному періоді. Реабілітаційні програми на наступних етапах ведення пацієнта можуть звужуватися чи розширюватися в залежності від стану пацієнта та результату його відновлення на попередніх етапах. Важливим для визначення концептуальних підходів до формування програм реабілітації та мультидисциплінарних команд їх реалізації є врахування вимог НСЗ України щодо умов контрахтування закладів охорони здоров'я на надання пакетів медичних послуг за програмою Державних медичних гарантій. З декларованих НСЗ України пакетів медичних послуг мають безпосереднє відношення до напрямку нашого дослідження наступні: пакет «Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах» і «Амбулаторна вторинна (спеціалізована) та третинна (високоспеціалізована) медична допомога дорослим і дітям, включаючи медичну реабілітацію та стоматологічну допомогу дорослим та дітям у стаціонарних умовах». В розділі пакетів медичних послуг, які стосуються реабілітаційної допомоги на сьогодні НСЗ України декларовано лише три окремі пакети для немовлят і осіб з ураженнями опорно-рухового апарату та нервової системи [10]. Отже, реабілітаційна допомога безпосередньо в хірургічному стаціонарі пацієнтам, що перенесли екстремі хірургічні втручання на органах черевної порожнини проводиться і фінансується державою згідно пакету «Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах», а на наступних етапах – через пакет амбулаторної вторинної та третинної медичної допомоги дорослим і дітям, в якому в пункті «Специфікація надання медичних послуг за напрямом» зазначено: «9. Надання послуг з медичної реабілітації в амбулаторних умовах, крім передбаченої іншими пакетами медичних послуг» [15]. В контексті нашого дослідження при аналізі вищевказаних пакетів медичних послуг важливим є вимоги пакетів щодо кадрового забезпечення Умов закупівлі медичних послуг за даним пакетом НСЗ України (табл.).

Отже, реабілітаційний компонент обох наявних на сьогодні пакетів медичних послуг з точки зору вимог до кадрового забезпечення є недосконалим і не дає можливість створення оптимальної за складом мультидисциплінарної реабілітаційної команди [9] для забезпечення реалізації програми реабілітації як в умовах стаціонару в ранньому післяопераційному періоді, так і в амбулаторних умовах (пізній післяопераційний період, реабілітаційний період) для пацієнтів, що перенесли екстремі оперативні втручання на органах черевної порожнини. Важливим є відсутність вимоги щодо наявності медичних професіоналів та фахівців системи реабілітаційної допомоги – фізичних терапевтів, ерготерапевтів та їх асистентів. Хоча, специфікація медичної послуги за напрямом «Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах» передбачає надання послуг з медичної реабілітації в гострому періоді для запобігання виникнення післяопераційних ускладнень та направлення пацієнтів в інші заклади/підрозділи для надання послуг

з медичної реабілітації у підгострому та відновному періодах або послуг з паліативної медичної допомоги [15]. Отже, надання реабілітаційних послуг пацієнтам після перенесених оперативних втручань на органах черевної порожнини є необхідною не лише з клінічної точки зору, але і врегульована вимогами медико-технологічних документів. В той же час, чітких вимог щодо повноцінного кадрового забезпечення реабілітаційної допомоги на засадах мультидисциплінарного підходу на сьогодні немає. Тому є необхідність розробки адаптивних моделей організації роботи мультидисциплінарних реабілітаційних команд і формування ролі і функцій окремих її учасників.

Саме цьому питанню приділялася увага на другому етапі нашого дослідження.

В першу чергу нами було сформовано теоретичну оптимальну організаційну модель мультидисциплінарної реабілітаційної команди в хірургічному стаціонарі для забезпечення реалізації реабілітаційних програм для пацієнтів, які перенесли оперативні втручання на органах черевної порожнини в ранньому післяопераційному періоді. Структурні компоненти (без визначення їх функцій та напрямків функціональної взаємодії окремих членів команди) даної теоретичної моделі представлено на рис. 1.

Таблиця. Умови закупівлі медичних послуг за визначеними пакетами медичних послуг Програми медичних гарантій НСЗ України

| Пакет медичних послуг | Вимоги щодо умов закупівлі медичних послуг у ЗОЗ (складова реабілітаційної допомоги) |
|---|--|
| Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах | «Вимоги до спеціалізації та кількості фахівців: 3. Лікар з фізичної та реабілітаційної медицини та/або фізичний терапевт, та/або ерготерапевт, та/або лікар з лікувальної фізкультури, та/або лікар з лікувальної фізкультури та спортивної медицини, та/або лікар-фізіотерапевт – щонайменше 1 особа з даного переліку. 4. Сестра медична стаціонару – щонайменше 4 особи, які працюють за основним місцем роботи в цьому закладі (цілодобовий пост)....» |
| Амбулаторна вторинна (спеціалізована) та третинна (високоспеціалізована) медична допомога дорослим і дітям, включаючи медичну реабілітацію та стоматологічну допомогу дорослим та дітям у стаціонарних умовах | «Вимоги до спеціалізації та кількості фахівців: 1. та/або лікар-фізіотерапевт,та/або лікар з лікувальної фізкультури і спортивної медицини, та/або лікар з лікувальної фізкультури, та/або лікар фізичної та реабілітаційної медицини щонайменше 2 особи з даного переліку, які працюють за основним місцем роботи в цьому закладі. 2. Сестра медична – щонайменше 2 особи, які працюють за основним місцем роботи в цьому закладі.» |

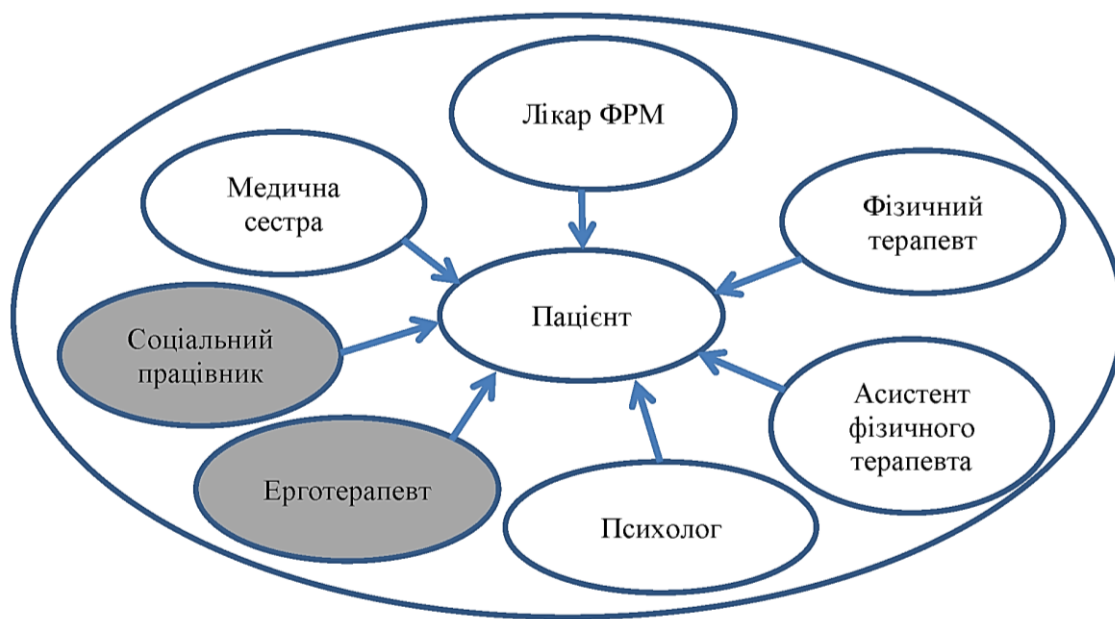


Рис. 1. Оптимальна організаційна модель мультидисциплінарної реабілітаційної команди в хірургічному стаціонарі (структурні компоненти)

Представлена на рис. 1 організаційна модель розроблено саме для реалізації програм реабілітації безпосередньо в хірургічному стаціонарі і включено до неї обов'язкові структурні компоненти (не залиті кольором фігури): лікар фізичної і реабілітаційної медицини (лікар з лікувальної фізкультури і спортивної медицини, лікар-фізіотерапевт), фізичний терапевт та асистент фізичного терапевта, медична сестра, психолог (психотерапевт) та бажані структурні елементи (залиті кольором фігури): ерготерапевт, соціальний працівник. До даної моделі можна додати цілий перелік варіативних структурних компонентів (соціальний працівник, протезист-ортезист тощо). Важливо, що при безпосередній реалізації дана оптимальна модель може наповнюватись різними структурними компонентами в залежності від функцій мультидисциплінарної команди, направлених на досягнення цілей програми реабілітації. Бажані структурні вводяться в команду у випадку важких випадків анатомо-

функціональних порушень у пацієнтів (зокрема пов'язаних як і з важкістю стану за основним захворюванням, так і з наявною супутньою патологією) хірургічного стаціонару. В той же час, в умовах становлення нової системи надання реабілітаційної допомоги населенню в країні, подібні мультидисциплінарні реабілітаційні команди мають можливість сформувати далеко не всі хірургічні клініки. Дана модель є більш притаманна для спеціалізованих реабілітаційних центрів або потужних багатопрофільних лікарень з відповідними підрозділами реабілітації та відновного лікування.

Тому, виходячи з результатів, отриманих на першому етапі нашого дослідження, для більшості хірургічних стаціонарів реалістичним на даному етапі є формування адаптивної моделі мультидисциплінарної реабілітаційної команди для реалізації програми реабілітації хірургічних пацієнтів в ранньому післяопераційному періоді (рис. 2).

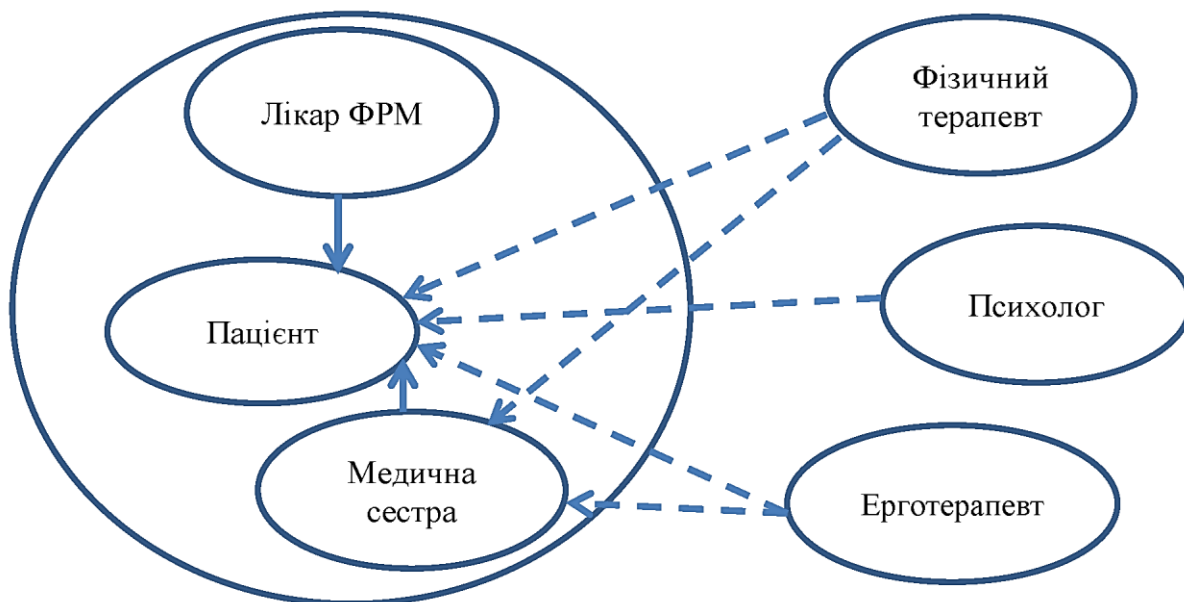


Рис. 2. Адаптивна організаційна модель мультидисциплінарної реабілітаційної команди в хірургічному стаціонарі (структурні компоненти)

В даній адаптивній моделі із усіх можливих складових компонентів мультидисциплінарної команди як її постійні учасники залишилися лише два – саме ті, які визначені вимогами умов закупівлі медичних послуг у ЗОЗ НСЗ України (табл.). А саме: лікар фізичної і реабілітаційної медицини (лікар з лікувальної фізкультури і спортивної медицини, лікар-фізіотерапевт) та медична сестра стаціонару. Інші обов'язкові структурні компоненти передбачено залучати як зовнішніх консультантів як для безпосереднього консультування пацієнта, так і для формування реабілітаційних заходів для виконання медичною сестрою стаціонару. В такій моделі суттєво змінюється роль і функції саме такого члена мультидисциплінарної реабілітаційної команди як медична сестра (в випадку хірургічного стаціонару – медичної сестри стаціонару). А саме, на неї додатково

частково покладаються функції асистента фізичного терапевта (за потреби і асистента ерготерапевта) та роль кейс-менеджера ведення випадку пацієнта з забезпеченням функції комунікації з зовнішніми консультантами. Дана модель, з розширеними функціями і зміненою роллю медичної сестри, потребує додаткову підготовку медичної сестри з питань організації реабілітаційного процесу та практичного використання засобів і методів реабілітації, зокрема і фізичної терапії. Саме на плечі медичної сестри, щонайменше, ляжуть питання фахового застосування реабілітаційних методів поновлення моторно-евакуаторної функції шлунково-кишкового тракту, попередження післяопераційних пневмоній та відновлення функції зовнішнього дихання (дихальна гімнастика, вібромасаж грудної клітини).

Перспективи подальших досліджень полягають у визначенні та обґрунтуванні ролі та функцій членів реабілітаційних мультидисциплінарних команд в різних функціонально-організаційних моделях реабілітаційної допомоги хірургічним пацієнтам в умовах розвитку і становлення системи реабілітаційної допомоги в країні у відповідності до передового міжнародного досвіду.

Висновки

За результатами проведеного дослідження можна зробити наступні висновки:

1. Надання реабілітаційних послуг пацієнтам після перенесених оперативних втручань на органах черевної порожнини в усіх післяопераційних періодах є необхідним не лише з клінічної точки зору, але і врегульована вимогами медико-технологічних документів та пакетами медичних послуг Програми медичних гарантій НСЗ України.

2. Чітких вимог щодо повноцінного кадрового забезпечення реабілітаційної допомоги на засадах мультидисциплінарного підходу при надання

реабілітаційної допомоги пацієнтам хірургічних стаціонарів на сьогодні немає. Відсутні вимоги щодо наявності медичних професіоналів та фахівців системи реабілітаційної допомоги – фізичних терапевтів, ерготерапевтів та їх асистентів.

3. Оптимальна організаційна модель мультидисциплінарної реабілітаційної команди в хірургічному стаціонарі для забезпечення реалізації реабілітаційних програм для пацієнтів, які перенесли оперативні втручання на органах черевної порожнини може бути на сьогодні реалізована далеко не у всіх хірургічних клініках.

4. Адаптивна (реалістична) організаційна модель мультидисциплінарної реабілітаційної команди в хірургічному стаціонарі передбачає суттєво змінюється роль і функції саме такого члена команди як медична сестра стаціонару. На неї додатково покладаються окремі функції асистента фізичного терапевта (за потреби і асистента ерготерапевта) та роль кейс-менеджера ведення випадку пацієнта з забезпеченням функції комунікації з зовнішніми консультантами.

Література

1. Невідкладна хірургія. Підручник для студентів VI курсів медичних факультетів медичних вузів: / Авт. кол.: В.В. Бойко, В.М. Лісовий, В.А. Капустник, Л.Й. Гончаренко, І.А. Тарабан, В.В. Макаров та ін.; під ред. чл.-кор. НАМНУ, проф. В.В.Бойка; чл.-кор. НАМНУ, проф. В.М. Лісового. – Харків: «НТМТ», видавництво, 2019: 514.
2. Про затвердження стандартів та клінічних протоколів за спеціальністю «Хірургія»: наказ МОЗ України від 02 квітня 2010 року № 297. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: https://ips.ligazakon.net/document/view/moz11314?an=46&ed=2010_04_02 – Назва з екрану.
3. Жебровський В.В. Осложнения в хирургии живота. Руководство для врачей. М.: Мединформ агентство, 2006: 448.
4. Мурза В.П. Фізична реабілітація в хірургії. Навчальний посібник. К.: Науковий світ, 2008: 246.
5. Мухін В.М. Фізична реабілітація. К.: Олімпійська література, 2005: 472.
6. Нові посади і мультидисциплінарна команда: МОЗ України продовжує впроваджувати підхід доказової реабілітації: офіційний сайт МОЗ України [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://moz.gov.ua/article/news/novi-posadi-i-multidisciplinarna-komanda-moz-ukraini-prodovzhue-vprovadzhuvat-pidhid-dokazovoi-reabilitacii> – Назва з екрану.
7. Myronyuk I.S. State of readiness for the health system of Ukraine for implementation of a new model of rehabilitation aid / Current issues of health care and physical rehabilitation: collective monograph // G. O. Slabkiy, V. Yo. Bilak-Lukianchuk, V.V. Brych, D. V. Danko, A.-M. M. et al. – Lviv-Toruń: Liha-Pres, 2019: 135-149.
8. Малешко Г.В., Миронюк І.С., Слабкий Г.О., Брич В.В. Функціонально-організаційні моделі реабілітаційної допомоги особам, що перенесли мозковий інсульт на регіональному рівні. Україна. Здоров'я нації. 2019; №2 (55): 87–96.
9. Spivak A. P. Organizational model of a multidisciplinary approach at the stage of the establishment of a new rehabilitation system in Ukraine / Current issues of health care and physical rehabilitation: collective monograph / G. O. Slabkiy, V. Yo. Bilak-Lukianchuk, V.V. Brych, D. V. Danko, A.-M. M. Pishkovtsi, A. O. Keretsman, O. V. Zhdanova, I. S. Myronyuk, A. P. Spivak, K. S. Barannik. – Lviv-Toruń: Liha-Pres, 2019: 150-165.
10. Національна служба здоров'я України: офіційний сайт [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://nszu.gov.ua>. – Назва з екрану.
11. Про затвердження стандартів та клінічних протоколів за спеціальністю «Хірургія»: наказ МОЗ України від 02 квітня 2010 року № 297. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: https://ips.ligazakon.net/document/view/moz11314?an=46&ed=2010_04_02 – Назва з екрану.
12. Про внесення змін до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 28 вересня 2012 року № 751: наказ МОЗ України від 29 грудня 2019 року №1422. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0530-17> – Назва з екрану.
13. Галузеві стандарти та клінічні настанови. Державний експертний центр МОЗ України [Електронний ресурс]. – Режим доступу: https://www.dec.gov.ua/cat_mtd/galuzzevi-standarti-ta-klinichni-nastanovi/page/12. – Назва з екрану.

14. Про визнання такими, що втратили чинність, деяких наказів Міністерства охорони здоров'я України: наказ МОЗ України від 28.02.2020 № 590. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0590282-20#Text>. – Назва з екрану.
15. Вимоги ПМГ 2020. Національна служба здоров'я України: офіційний сайт [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://nszu.gov.ua/likar-2020>. – Назва з екрану.

References

1. Nevidkladna khirurgiia. Pidruchnyk dlia studentiv VI kursiv medychnykh fakultetiv medychnykh vuziv: / Avt. kol.: V.V. Boiko, V.M. Lisovyi, V.A. Kapustnyk, L.I. Honcharenko, I.A. Taraban, V.V. Makarov ta in.; pid red. chl.-kor. NAMNU, prof. V.V.Boika; chl.-kor. NAMNU, prof. V.M.Lisovoho –Karkiv., «NTMT», vydavnytstvo, 2019: 514.
2. Pro zatverdzhennia standartiv ta klinichnykh protokoliv za spetsialnistiu «Khirurhiia»: nakaz MOZ Ukrainy vid 02 kvitnia 2010 roku № 297. [Elektronnyi resurs]. – Rezhym dostupu: https://ips.ligazakon.net/document/view/moz11314?an=46&ed=2010_04_02 – Nazva z ekranu.
3. Zhebrovskiy V.V. Oslozheniya v khirurgii zhyvota. Rukovodstvo dlia vrachei. M.: Medynform ahentstvo, 2006: 448.
4. Murza V.P. Fizychna reabilitatsiia v khirurgii. Navchalnyi posibnyk. K.: Naukovyi svit, 2008: 246.
5. Mukhin V.M. Fizychna reabilitatsiia. K.: Olimpiiska literatura, 2005: 472.
6. Novi posady i multidystyplinarna komanda: MOZ Ukrainy prodovzhuie vprovadzhuvaty pidkhid dokazovoi reabilitatsii: ofitsiyni sait MOZ Ukrainy [Elektronnyi resurs]. – Rezhym dostupu: <https://moz.gov.ua/article/news/novi-posady-i-multidisciplinarna-komanda-moz-ukraini-prodovzhuie-vprovadzhuvaty-pidkhid-dokazovoi-reabilitatsii> – Nazva z ekranu.
7. Myronyuk I.S. State of readiness for the health system of Ukraine for implementation of a new model of rehabilitation aid / Current issues of health care and physical rehabilitation: collective monograph // G. O. Slabkiy, V. Yo. Bilak-Lukianchuk, V.V. Brych, D. V. Danko, A.-M. M. et al. – Lviv-Toruń: Liha-Pres, 2019: 135-149.
8. Maleshko H.V., Myroniuk I.S., Slabkiy H.O., Brych V.V. Funktsionalno-orhanizatsiini modeli reabilitatsiinoi dopomohy osobam, shcho perenesly mozkovyi insult na rehionalnomu rivni. Ukraina. Zdorovia natsii. 2019; №2 (55): 87–96.
9. Spivak A. P. Organizational model of a multidisciplinary approach at the stage of the establishment of a new rehabilitation system in Ukraine / Current issues of health care and physical rehabilitation: collective monograph / G. O. Slabkiy, V. Yo. Bilak-Lukianchuk, V.V. Brych, D. V. Danko, A.-M. M. Pishkovtsi, A. O. Keretsman, O. V. Zhdanova, I. S. Myronyuk, A. P. Spivak, K. S. Barannik. – Lviv-Toruń: Liha-Pres, 2019: 150-165.
10. Natsionalna sluzhba zdorovia Ukrainy: ofitsiyni sait [Elektronnyi resurs]. – Rezhym dostupu: <https://nszu.gov.ua>. – Nazva z ekranu.
11. Pro zatverdzhennia standartiv ta klinichnykh protokoliv za spetsialnistiu «Khirurhiia»: nakaz MOZ Ukrainy vid 02 kvitnia 2010 roku № 297. [Elektronnyi resurs]. – Rezhym dostupu: https://ips.ligazakon.net/document/view/moz11314?an=46&ed=2010_04_02. – Nazva z ekranu.
12. Pro vnesennia zmin do nakazu Ministerstva okhorony zdorovia Ukrainy vid 28 veresnia 2012 roku № 751: nakaz MOZ Ukrainy vid 29 hrudnia 2019 roku №1422. [Elektronnyi resurs]. – Rezhym dostupu: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0530-17>. – Nazva z ekranu.
13. Haluzevi standarty ta klinichni nastanovy. Derzhavnyi ekspertnyi tsentr MOZ Ukrainy [Elektronnyi resurs]. – Rezhym dostupu: https://www.dec.gov.ua/cat_mtd/galuzevi-standarti-ta-klinichni-nastanovi/page/12/ – Nazva z ekranu.
14. Pro vyznannia takymy, shcho vtratyly chynnist, deiakykh nakaziv Ministerstva okhorony zdorovia Ukrainy: nakaz MOZ Ukrainy vid 28.02.2020 № 590. [Elektronnyi resurs]. – Rezhym dostupu: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0590282-20#Text>. – Nazva z ekranu.
15. Vymohy PMH 2020. Natsionalna sluzhba zdorovia Ukrainy: ofitsiyni sait [Elektronnyi resurs]. – Rezhym dostupu: <https://nszu.gov.ua/likar-2020>. – Nazva z ekranu.

Дата надходження рукопису до редакції: 29.10.2020 р.

Мета: визначення ролі медичної сестри хірургічного стаціонару як члена мультидисциплінарної реабілітаційної команди при різних моделях організації реабілітаційної допомоги пацієнтам, що перенесли ургентні хірургічні втручання на органах черевної порожнини.

Матеріали та методи. В дослідженні було використано наступні методи: бібліосемантичний, контент-аналізу нормативно-правових документів організації реабілітаційної допомоги населенню та медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги, структурно-логічного аналізу та описового моделювання.

Результати. На сьогодні МОЗ України в питаннях регулювання надання медичної та реабілітаційної допомоги стоїть на позиції широкого використання в системі охорони здоров'я міжнародних настанов лікування і діагностики хвороб, не вимагаючи наявності і суворого дотримання уніфікованих клінічних протоколів, затверджених відповідними наказами. Згідно існуючих медико-технологічних документів, усі пацієнти, які перенесли екстрені операційні втручання

на органах черевної порожнини, потребують реабілітаційної допомоги вже під час перебування в хірургічному стаціонарі в ранньому післяопераційному періоді. Чітких вимог щодо повноцінного кадрового забезпечення реабілітаційної допомоги на засадах мультидисциплінарного підходу на сьогодні немає. Тому є необхідність розробки адаптивних моделей організації роботи мультидисциплінарних реабілітаційних команд і формування ролі і функцій окремих її учасників. В адаптивній моделі із усіх можливих складових компонентів мультидисциплінарної команди як її постійні учасники залишилися лише два – саме ті, які визначені вимогами умов закупівлі медичних послуг. Інші обов'язкові структурні компоненти передбачено залучати як зовнішніх консультантів. Суттєво змінюється роль і функції саме такого члена команди як медична сестра стаціонару. На неї додатково покладаються окремі функції асистента фізичного терапевта (за потреби і асистента ерготерапевта) та роль кейс-менеджера ведення випадку пацієнта з забезпеченням функції комунікації з зовнішніми консультантами.

Висновки. Оптимальна організаційна модель мультидисциплінарної реабілітаційної команди в хірургічному стаціонарі для забезпечення реалізації реабілітаційних програм для пацієнтів, які перенесли оперативні втручання на органах черевної порожнини може бути на сьогодні реалізована далеко не у всіх хірургічних клініках. Адаптивна організаційна модель мультидисциплінарної реабілітаційної команди в хірургічному стаціонарі передбачає суттєву зміну ролі і функції саме медична сестра стаціонару.

Ключові слова: хірургія органів черевної порожнини, мультидисциплінарна реабілітаційна команда, медична сестра стаціонару.

Цель: определение роли медицинской сестры хирургического стационара как члена мультидисциплинарной реабилитационной команды при различных моделях организации реабилитационной помощи пациентам, перенесшим urgentных хирургические вмешательства на органах брюшной полости.

Материалы и методы. В исследовании были использованы следующие методы: библиосемантический, контент-анализа нормативно-правовых документов организации реабилитационной помощи населению и медико-технологических документов по стандартизации медицинской помощи, структурно-логического анализа и описательного моделирования.

Результаты. На сегодня МЗ Украины в вопросах регулирования оказания медицинской и реабилитационной помощи стоит на позиции широкого использования в системе здравоохранения международных стандартов лечения и диагностики болезней, не требуя наличия и строгого соблюдения унифицированных клинических протоколов, утвержденных соответствующими приказами. Согласно существующих медико-технологических документов, все пациенты, которые перенесли экстренные операционные вмешательства на органах брюшной полости, нуждаются в реабилитационной помощи уже во время пребывания в хирургическом стационаре в раннем послеоперационном периоде. Четких требований относительно полноценного кадрового обеспечения реабилитационной помощи на основе мультидисциплинарного подхода на сегодня нет. Поэтому есть необходимость разработки адаптивных моделей организации работы мультидисциплинарных реабилитационных команд и формирования роли и функций отдельных ее участников. В адаптивной модели из всех возможных составляющих компонентов мультидисциплинарной команды как ее постоянные участники остались только два – именно те, которые определены требованиями условий закупки медицинских услуг. Другие обязательные структурные компоненты предусмотрено привлекать как внешних консультантов. Существенно меняется роль и функции именно такого члена команды как медицинская сестра стационара. На нее дополнительно возлагаются отдельные функции ассистента физического терапевта (при необходимости и ассистента эрготерапевта) и роль кейс-менеджера ведения случая пациента с обеспечением функции коммуникации с внешними консультантами.

Выводы. Оптимальная организационная модель мультидисциплинарной реабилитационной команды в хирургическом стационаре для обеспечения реализации реабилитационных программ для пациентов, перенесших оперативные вмешательства на органах брюшной полости может быть сегодня реализована далеко не во всех хирургических клиниках. Адаптивная организационная модель мультидисциплинарной реабилитационной команды в хирургическом стационаре предусматривает существенное изменение роли и функции именно медицинская сестра стационара.

Ключевые слова: хирургия органов брюшной полости, мультидисциплинарная реабилитационная команда, медицинская сестра стационара.

Objective: to determine the role of the nurse of the surgical hospital as a member of a multidisciplinary rehabilitation team in different models of rehabilitation care for the patients who have undergone emergency surgery on the abdominal cavity.

Materials and methods. The study used the following methods: bibliosemantic, content analysis of legal documents of the organization of rehabilitation care and medical and technological documents for standardization of medical care, structural and logical analysis and descriptive modeling.

Results. Nowadays, regarding the regulation of medical and rehabilitation care, the Ministry of Health of Ukraine stands on the position of widespread use of international guidelines for treatment and diagnosis of diseases in the health care system, without requiring strict adherence to unified clinical protocols approved by relevant orders. According to the existing medical and technological documents, all the patients, who have undergone emergency surgery on the abdominal organs, need

rehabilitation care during their stay in the surgical hospital in the early postoperative period. There are currently no clear requirements for full-fledged staffing of rehabilitation care on the basis of a multidisciplinary approach. Therefore, there is a need to develop adaptive models for organizing the work of multidisciplinary rehabilitation teams and the formation of the role and functions of individual participants. Within all possible components of the multidisciplinary team in the adaptive model there are only two left as its regular members – namely those that are determined by the requirements of the conditions of procurement of medical services. Another compulsory structural components are to be involved as external consultants. The role and functions of such a team member as a hospital nurse change significantly. She is additionally entrusted with certain functions of a physical therapist's assistant (if necessary, an occupational therapist's assistant) as well as the role of a case manager of the patient's case with the function of communication with external consultants.

Conclusions. The optimal organizational model of a multidisciplinary rehabilitation team in a surgical hospitals can not be implemented today in all surgical clinics to ensure the implementation of rehabilitation programs for patients who have undergone surgery on the abdominal organs. The adaptive organizational model of the multidisciplinary rehabilitation team in a surgical hospital involves a significant change in the role and function of the hospital nurse.

Key words: abdominal surgery, multidisciplinary rehabilitation team, hospital nurse.

Конфлікт інтересів: відсутній.

Conflicts of interest: authors have no conflicts of interest.

Відомості про авторів

Співак Антоніна Петрівна – фізичний терапевт, старший викладач кафедри фізичного виховання ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; 88000, пл. Народна, 3, м. Ужгород, Україна.
antonina.spivak@uzhnu.edu.ua.

Стрельцова Анастасія Дмитрівна – студентка магістерської програми 227. Фізична терапія факультету здоров'я та фізичного виховання ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; 88000, пл. Народна, 3, м. Ужгород, Україна.
streltsova.anastasiya@student.uzhnu.edu.ua.

Миронюк Іван Святославович – доктор медичних наук, декан факультету здоров'я та фізичного виховання ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; 88000, пл. Народна, 3, м. Ужгород, Україна.
ivan.myronyuk@uzhnu.edu.ua.