

КОМУНІКАТИВНА ВЗАЄМОДІЯ МЕДСЕСТЕР ПРИ ВИКОНАННІ ПРОТОКОЛУ ПЕРВИННОГО ОБСТЕЖЕННЯ КРИТИЧНОГО ПАЦІЄНТА (ABCDE)

В. Р. Сухий, О. О. Прохоренко

*Тернопільський національний медичний університет
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України*

Вступ. Головним акцентом, який відображено у статті, є вплив комунікативної компетентності медсестри при виконанні протоколу первинного обстеження критичного дорослого нетравмованого пацієнта. Командна взаємодія є чи не основною зі складових в якості надання екстреної/невідкладної медичної допомоги. Передача інформації про зміну стану пацієнта, правильний і вчасний виклик кваліфікованих лікарів прямо пропорційно впливають на виживання критичного пацієнта.

Мета роботи – проаналізувати якість взаємодії медсестра – лікар, медсестра – пацієнт при наданні допомоги критичному дорослому нетравмованому пацієнту і вплив на командну взаємодію, специфіку відділень, ротацію медсестер з терапевтичних відділень у відділення анестезіології та інтенсивної терапії і приймальні передпокої.

Основна частина. У дослідженні використовували хронометричне визначення робочого часу медсестер у терапевтичному, хірургічному відділеннях, відділенні анестезіології та інтенсивної терапії і відділенні екстреної медичної допомоги лікарень різних рівнів, зокрема однієї лікарні кластерного рівня та двох лікарень загального рівня. У проведенні експериментальних досліджень брали участь загалом 40 медсестер різних віку, статі, з різним стажем роботи в медичній практиці. Аналіз роботи медсестер вищезгаданих відділень передбачав визначення частоти їх візитів до пацієнта і тривалості перебування біля його ліжка, кількості ургентних госпіталізацій за добу у відділення екстреної медичної допомоги та часу перебування критичного пацієнта у відділенні, кількості критичних пацієнтів у відділенні анестезіології та інтенсивної терапії, частоти прогресування та/або виникнення критичного стану.

Висновки. Комунікація для медичного персоналу – це більше ніж доступ до інформації, це усвідомлення ситуації, розуміння поточного стану пацієнта, ймовірність траєкторії руху при виконанні протоколу ABCDE та прогностична можливість стабілізації. Комунікативна компетентність є невід'ємною складовою командної взаємодії, що, у свою чергу, забезпечує надання якісних медичних послуг. При взаємодії медсестра – лікар, медсестра – пацієнт невід'ємною складовою є командна взаємодія з якісною та двосторонньою комунікацією, імплементована у виконання протоколу обстеження критичного пацієнта (ABCDE) незалежно від специфіки відділення.

Ключові слова: ABCDE; комунікація; протокол; медсестра.

COMMUNICATIVE INTERACTION OF NURSES IN PERFORMING THE PROTOCOL OF PRIMARY ASSESSMENT OF A CRITICAL PATIENT (ABCDE)

V. R. Sukhyi, O. O. Prokhorenko

I. Horbachevsky Ternopil National Medical University

Introduction. The main emphasis of the article is the influence of the nurse's communicative competence in the implementation of the protocol for the examination of a critical non-traumatized adult patient. Team interaction is perhaps the main component of the quality of emergency/urgent medical care. The transfer of information about changes in the patient's condition, the correct and timely call for qualified medical care directly affects the survival of critical patients.

The aim of the study – analysis of the quality of nurse-physician, nurse-patient interaction in the care of a critical adult non-traumatized patient, and the impact on team interaction, department specifics and rotation of nurses from therapeutic departments to intensive care units and reception areas.

The main part. The study used chronometric measurement of nurses' working time in therapeutic, surgical, anesthesiology and intensive care, and emergency departments of hospitals of different levels. The study

© В. Р. Сухий, О. О. Прохоренко, 2023

included one cluster-level hospital and two general hospitals. A total of 40 nurses of different age groups, genders, and length of service in medical practice participated in the pilot study. The objectives of the analysis of the work of a nurse in the above-mentioned departments were to determine the frequency of a nurse's visit to a patient and the duration of her stay at the patient's bedside, the number of emergency admissions per day to the emergency department and the time spent by a critical patient in the department, the number of critical patients in the anesthesiology and intensive care unit and the frequency of progression and/or occurrence of a critical condition.

Conclusions. Communication for medical personnel is more than access to information, it is awareness of the situation, understanding of the patient's current condition, the probability of the trajectory of movement when performing the ABCDE protocol and the prognostic possibility of stabilization. Communicative competence is an integral part of teamwork, which in turn ensures quality medical services. In the interaction of a nurse – doctor, nurse – patient is an integral part of team interaction with high-quality and two-way communication is implemented in the implementation of the ABCDE protocol for the examination of a critical patient, regardless of the specifics of the department.

Key words: ABCDE; communication; protocol; nurse.

Вступ. Поняття «комунікативна компетенція» ввійшло у науковий обіг у 1972 р. завдяки американському лінгвісту D. Н. Hymes, який новим терміном замінив поняття «лінгвістична компетенція», яке об'єднувалось суто лінгвістикою [1].

Після того як D. Н. Hymes вивів комунікативну компетентність із царини лінгвістики, розширив і доповнив поняття «комунікативна компетенція» як невід'ємну складову професійної компетенції, було створено цілу низку її галузевих моделей [2], актуальних у всіх сферах людської діяльності. Особливу увагу необхідно приділити навичкам комунікативної компетентності в медицині, де існує вплив людського фактора на сприйняття обставин та зміну розвитку подій у наданні екстреної/невідкладної медичної допомоги. Людським аспектом є психоемоційна лабільність у разі погіршення стану пацієнта, що може впливати на швидкість реакції медичного персоналу. Тому імплементація в практику медичного персоналу, зокрема медсестер, комунікативних навичок та відпрацювання їх у змодельованих критичних ситуаціях, робота в команді є основним з аспектів додипломної і післядипломної освіти.

На сьогодні медсестринство стає чи не на один з перших щаблів медицини і вимоги до медсестринського процесу значно зростають.

Мета роботи – проаналізувати якість взаємодії медсестра – лікар, медсестра – пацієнт при наданні допомоги критичному дорослому нетравмованому пацієнту і вплив на командну взаємодію, специфіку відділень, ротацію медсестер з терапевтичних відділень у відділення анестезіології та інтенсивної терапії і приймальні передпокої.

Основна частина. Взаємовідносини лікаря і медсестри є одним із ключових моментів у медичній

практиці. З розвитком медицини, оснащення, зміною та вдосконаленням протоколів надання екстреної медичної допомоги також зростають вимоги до медсестри як партнера лікаря у лікувальному процесі. На сьогодні медсестра будь-якого відділення повинна володіти більшою самостійністю в роботі, а не бути лише помічником лікаря. І саме в цьому аспекті одну з основних ролей будуть відігравати командна взаємодія та комунікативна компетентність. Формування комунікативної компетентності медсестри робить її професійну діяльність ефективною, допомагає бути висококваліфікованим та конкурентоспроможним фахівцем на ринку праці. Комунікативна компетентність є одним з основних маркерів оцінювання професіоналізму фахівця. Особливого значення вона набуває для спеціальностей системи «людина – людина», до якої належить професія медсестри.

Виконання протоколу первинного обстеження критичного пацієнта з подальшою корекцією на кожному етапі є неможливим без дотримання чітких догм комунікації в командній взаємодії.

О. Г. Берестенко визначає такі специфічні риси професійного спілкування:

- свідоме, цілеспрямоване управління комунікацією;
- наявність загальної та конкретної мети спілкування;
- методи, засоби і форми реалізації спілкування;
- високий рівень професійної підготовки [3].

Часто комунікація між медичним персоналом відбувається без використання мовлення, що важливо при огляді критичних пацієнтів, особливо в присутності інших людей. Невербальне спілкування є невід'ємною складовою комунікації і забезпечує

передачу достатньої кількості інформації в добре відпрацьованій командній роботі та командній взаємодії. На одне із запитань опитувальника «Як Ви ставитеся до ротації медсестер з відділення у відділення для зміни поля діяльності та відпрацювання інших навичок?» відповідь була одногосною: «Різко негативно». Це прогностично закономірний результат, якого можна було б очікувати, оскільки командна взаємодія, особливості спілкування та специфіка відділень категорично різні. Проте критичний пацієнт і виконання протоколу залишаються тими ж незалежно від профілю відділення.

Імплементация роботи з критичним пацієнтом і використання протоколу ABCDE є невід'ємною частиною практики медсестри. На якість виконання протоколу будуть впливати не тільки знання власне протоколу, а й уміння використовувати його на практиці, що неможливо без якісного спілкування та відпрацьованої командної взаємодії. Якісне виконання протоколу буде забезпечуватися вербальним та невербальним спілкуванням.

Виокремлюють два типи професійного вербального спілкування: безпосереднє (пряме) й опосередковане (непряме). Пряме вербальне спілкування – це безпосередній усний контакт між учасниками спілкування, воно може охоплювати елементи невербального спілкування, власне жести, що є обов'язковою і невід'ємною складовою при виконанні протоколу в критичного пацієнта, коли часто час іде на лічені хвилини. До засобів невербального спілкування належать фактори, які наявні у спілкуванні, але безпосередньо не пов'язані з текстом (пози, жести, міміка). Деякі дослідники стверджують, що частка невербальних сигналів у міжособистісному спілкуванні становить 60–80 %. Тому для якісного невербального спілкування потрібно відпрацьовувати навички виконання самого протоколу в командній взаємодії і вдосконалювати навички вербального та невербального спілкування. На вдосконалення цього виду спілкування ефективно впливає відпрацювання командної роботи в симуляційних сценаріях, в яких чітко та якісно можна змодельовати будь-який критичний стан і відпрацювати його з подальшою корекцією етапів надання екстреної/невідкладної медичної допомоги та особливостями комунікації.

Вербальне спілкування є ключовою комунікативною компетентністю. Дослідження L. Epp, C. Lewis показало, що медсестри проводять більше половини

свого часу з пацієнтами (56 %) порівняно з іншими фахівцями (30 %) і сім'ями пацієнтів (10 %). Половину часу вони витрачають на три комунікативні завдання або функції: збір інформації (22 %), пояснення (21 %) і надання інструкцій (8 %), за ними йдуть інші функції на нижчому рівні використання: інформувати (7 %), відповідати на запитання (6 %), пропонувати (6 %), описувати (6 %), спілкуватися (5 %), обговорювати (5 %), заспокоювати (0 %), здійснювати або приймати телефонні дзвінки (3 %), прохати про допомогу (2 %), пропонувати допомогу (2 %), роз'яснювати (1 %) і вибачитися (1 %) [4]. У звіті Спільної комісії йдеться про те, що погана комунікація в системі охорони здоров'я під час переведення пацієнтів спричинила 80 % серйозних медичних помилок [5]. Для медичних сестер та братів хороша комунікація в системі охорони здоров'я означає усвідомлений підхід до кожної взаємодії з пацієнтом з метою розуміння проблеми і подальшої передачі інформації та впливу на лікувальний процес у всіх його ракурсах. Це включає в себе використання вербальних та невербальних комунікаційних навичок разом з активним слуханням і прийомами навчання пацієнтів та передачу отриманих даних для впровадження подальшого, за необхідності, періоду реабілітації після стабілізації стану.

Особливість комунікативної компетентності при виконанні протоколу ABCDE у критичного пацієнта потребує ситуативної обізнаності, зокрема розуміння клініко-соматичного стану і його клінічної траєкторії. Втрата будь-якої інформації, яку отримано під час обстеження і надання екстреної допомоги, може призвести до небажаних явищ та, як наслідок, поставити під загрозу життя пацієнта і подальше його виходжування.

Згідно з актуальним контекстом сучасних клінічних протоколів, які здійснюють, забезпечують алгоритми надання невідкладної медичної допомоги та виходжування пацієнта після виведення з критичного стану, обмін інформацією про пацієнта повинен бути спрямований на забезпечення загального розуміння діагностичного та лікувального плану, а також запланованих результатів від отриманого лікування та індивідуального догляду за пацієнтом. Досягнення заданої мети за допомогою структурованих і послідовно відпрацьованих заходів з використанням вербальної та невербальної комунікації приводить до підвищення ефективності лікування, а ризик виникнення похибок передачі цієї

інформації завжди мінімальний в якісній командній взаємодії. Щоденний досвід роботи в практичній медицині дозволив зробити висновки, що існує багато можливостей покращити передачу інформації під час проведення лікувально-діагностичного процесу. Неправильно створений комунікативний процес або його розрив, перебої в забезпеченні співпраці та нездатність диференціювати клінічне погіршення стану пацієнта є основними причинами виникнення негативних подій у лікувально-діагностичному закладі [6]. У відділенні анестезіології та інтенсивної терапії, а також відділенні невідкладної медичної допомоги (emergency department – ED) необхідні чітке і лаконічне спілкування між членами команди, яка працює безпосередньо в даний момент, а також адекватність і вичерпність інформації про клінічну ситуацію до моменту погіршення стану пацієнта або конкретні події, що передували погіршенню стану, яку вдалося зібрати медсестрі при першому контакті, та передача інформації в інший структурний підрозділ, де в подальшому планується проведення стабілізації стану пацієнта. Похибки в процесі отримання інформації можуть призводити до затримки визначення реанімаційної тактики, що тягне за собою затримку роботи команди інтенсивної терапії. Існуюча ситуація з порушенням комунікативних заходів слугувала підставою для створення ВООЗ та Інститутом медицини (США) міжнародної програми стандартизації, поліпшення якості передачі та отримання інформації з метою орієнтування з визначенням рішення

на місцевих рівнях надання медичної допомоги [7]. SBAR (Situation/Ситуація, Background/Попередні події (історія), Assessment/Оцінка, Recommendation/Рекомендації) є невід'ємною складовою при втіленні у реальність протоколу ABCDE, що допоможе медичному персоналу отримувати, аналізувати та якісно використовувати інформацію про пацієнта і його клінічний стан, а це в недалекому майбутньому впливатиме на якість виживання, зменшення інвалідності та збереження ментального здоров'я.

Висновки. Комунікація для медичного персоналу – це більше ніж доступ до інформації, це усвідомлення ситуації, розуміння поточного стану пацієнта, ймовірність траєкторії руху при виконанні протоколу ABCDE та прогностична можливість стабілізації. Комунікативна компетентність є невід'ємною складовою командної взаємодії, що, у свою чергу, забезпечує надання якісних медичних послуг. Комунікативна взаємодія надзвичайно важлива для створення загальної ментальної моделі стану пацієнта, а відсутність адекватної моделі або її дефект призводить до виникнення медичних трагедій. При взаємодії медсестра – лікар, медсестра – пацієнт невід'ємною складовою є командна взаємодія з якісною та двосторонньою комунікацією, імплементована у виконання протоколу обстеження критичного пацієнта (ABCDE) незалежно від специфіки відділення. Спілкування вербальне чи невербальне повинно бути доступним кожному, хто бере участь у наданні екстреної/невідкладної медичної допомоги.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Hymes D. H. On communicative competence / D. H. Hymes. – Philadelphia : University of Pennsylvania Press, 1971. – P. 213.
2. Свидюк В. В. Інноваційні освітні технології формування комунікативної компетентності магістрів медсестринства / В. В. Свидюк // Вісн. Житомир. держ. ун-ту. – 2012. – № 25. – С. 115–122.
3. Берестенко О. Г. Культура професійного спілкування : навч.-метод. посіб. / О. Г. Берестенко. – Луганськ : Вид-во ДЗ «ЛНУ імені Тараса Шевченка», 2013. – 167 с.
4. Epp L. Innovation in language proficiency assessment: The Canadian English Language Benchmark Assessment for Nurses (CEBAN). Transforming nursing education: The culturally inclusive environment / L. Epp, C. Lewis. – New York : Springer Publishing, 2008. – P. 285–310.
5. Developing toolstopromo teculturally competent compassion, courage, and intercultural communication in health care / I. Papadopoulos, S. Shea, G. Taylor [et al.] // J. of Compassionate Health Care. – 2016. – No. 3. – P. 2.
6. Interdisciplinary rounds and structured communication reduce re-admissions and improve some patient outcomes / M. Townsend-Gervis, P. Cornell, J. M. Vardaman [et al.] // West J. Nurs. Res. – 2014. – No. 36 (7). – P. 917–928.
7. SBAR: a shared mental model for improving communication between clinicians / K. M. Haig, S. Sutton, J. Whittington // Jt. Comm. J. Qual. Patient Saf. – 2006. – No. 32 (3). – P. 167–175.

REFERENCES

1. Hymes, D.H. (1971). *On communicative competence*. Philadelphia : University of Pennsylvania Press, 213.
2. Svydiuk, V.V. (2012). Innovatsiyni osvichni tekhnolohiyi formuvannya komunikatyvnoyi kompetentnosti mahistriv medsestrynstva [Innovative educational technologies for the formation of communicative competence of masters of nursing]. *Visnyk Zhytomyrskoho derzhavnoho universytetu – Bulletin of Zhytomyr State University*, 25, 115-122 [in Ukrainian].
3. Berestenko, O.G. (2013). *Kultura profesiynoho spilkuvannya: navch.- metod. posibnyk [Culture of professional communication: study guide]*. Luhansk: Luhansk Taras Shevchenko National University [in Ukrainian].
4. Epp, L., & Lewis, C. (2008). *Innovation in language geproficiency assessment: The Canadian English Language Benchmark Assessment for Nurses (CELBAN). Transforming nursing education: The culturally inclusive environment*. New York: Springer Publishing, 285-310.
5. Papadopoulos, I., Shea, S., & Taylor, G. (2016). Developing toolstopromo teculturally competent compassion, courage, and intercultural communication in health care. *J. of Compassionate Health Care*, 3, 2.
6. Townsend-Gervis, M., Cornell, P., & Vardaman, J.M. (2014). Interdisciplinary rounds and structured communication reduce re-admissions and improve some patient outcomes. *West J. Nurs. Res.*, 36(7), 917-928.
7. Haig, K.M., Sutton, S., & Whittington, J. (2006). SBAR: a shared mental model for improving communication between clinicians. *Jt. Comm. J. Qual. Patient Saf.*, 32(3), 167-175.

Отримано 20.11.2023