

РОЛЬ МЕДСЕСТРИ ПРИ МАСОВОМУ НАДХОДЖЕННІ ПОСТРАЖДАЛИХ НА РАНЬОМУ ГОСПІТАЛЬНОМУ ЕТАПІ

А. А. Гудима, О. О. Прохоренко, Я. М. Кіцак, Н. А. Джавадова, Н. В. Ковальчук

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

Вступ. Важкою є реальність сьогодення, яка пов'язана з воєнними подіями, що змушують переосмислити функціонування всієї медичної системи загалом, підготуватися до надзвичайних подій, які практично не були актуальними в мирному житті й гостро постали перед всією медичною службою сьогодні. Актуальною вважають проблему сортування постраждалих, оптимізації всіх медичних ресурсів, у тому числі персоналу. Практика сортування виникла за умов війни і залишається тісно пов'язаною з військовою медициною. Вона ніколи не була актуальною, не відпрацьовувалася і не вдосконалювалася в мирний час, тому для кожного медичного працівника це вагоме питання, на яке не завжди можна отримати чітку відповідь.

Мета роботи – проаналізувати рівень готовності та ознайомленості медичного персоналу лікувальних закладів, розподіл функціональних обов'язків медичного персоналу, в тому числі медсестри, при масовому надходженні постраждалих, спираючись на наказ МОЗ України «Про затвердження Стандарту екстреної медичної допомоги «Медичне сортування при масовому надходженні постраждалих на ранньому госпітальному етапі» від 24.02.2022 р. № 368.

Основна частина. Відділення екстреної (невідкладної) медичної допомоги є одним з перших ланцюгів у наданні медичної допомоги на госпітальному етапі. Спланована його робота в подальшому вплине на якість надання допомоги і виживання пацієнтів. Для отримання якісних результатів потрібні відпрацьований план реагування та обізнаність усіх медичних працівників, які, ймовірно, працюватимуть у лікувальному закладі за умов надзвичайної ситуації. З метою аналізу дії внутрішнього протоколу необхідним є проведення симуляційних навчань з відпрацюванням різних можливих ситуацій залежно від профілю та прогнозованості травматизму. Проведено анкетування 100 медсестер з восьми лікарень різних рівнів у різних областях та з різним досвідом роботи при масовому надходженні постраждалих. Проаналізовано налаштованість медсестер на участь у проведенні вступного та первинного медичного сортування. Результати цього дослідження показали, що (69,00±4,60) % медсестер погоджуються сортувати на етапі вступного сортування, тобто до відділення екстреної (невідкладної) медичної допомоги, де основною роллю медсестри є розподіл пацієнтів на чотири категорії згідно із сортувальною системою START та надання медичної допомоги. Проте (80,00±4,00) % опитаних категорично проти (не розглядають) своєї участі на етапі первинного сортування.

Висновки. Основним завданням відділення екстреної (невідкладної) медичної допомоги на госпітальному етапі є підтримка рівня якості проведення сортування та надання медичної допомоги, незважаючи на велику кількість госпіталізованих пацієнтів, які надходять у відділення в будь-який момент доби чи день. Сортування – це процес, що полягає у своєчасному і точному виявленні пацієнтів, які потребують негайного лікування, і відокремленні їх від тих, у кого також є травми, але стан постраждалих дає можливість тимчасово відстрочити надання допомоги.

Ключові слова: сортування; масове надходження постраждалих; протокол реагування; надзвичайна ситуація; медсестра.

THE ROLE OF A NURSE IN MASS CASUALTY ADMISSIONS IN THE EARLY HOSPITAL STAGE

A. A. Hudyma, O. O. Prokhorenko, Ya. M. Kitsak, N. A. Dzhavadova, N. V. Kovalchuk

I. Horbachevsky Ternopil National Medical University

Introduction. The difficult reality of today, which is associated with military events, makes us rethink the functioning of the entire medical system as a whole, prepare for emergencies that were practically irrelevant

in civilian life and are acutely faced by the entire medical service today. Triage of patients, optimization of all medical resources, including personnel, has become an acute problem. The practice of triage arose during the war and remains closely linked to military medicine, but it has never been relevant, practiced or improved in peacetime, so for every medical professional it is a significant question that is not always easy to get a clear answer.

The aim of the study – to analyze the level of readiness and familiarity of the medical staff of medical institutions, the distribution of functional responsibilities of medical staff and nurses, including in case of mass admission, based on the order of the Ministry of Health of Ukraine of 24.02.2022 No. 368 “On Approval of the Emergency Medical Care Standard “Medical Triage in case of mass admission of victims at the early hospital stage”.

The main part. The department of emergency (urgent) medical care is one of the first chains in the provision of medical care at the hospital stage. His planned work will affect the quality of care and patient survival in the future. Quality outcomes require a well-developed response plan and awareness of all health care workers who are likely to work at the facility during an emergency. In order to analyze the effect of the internal protocol, it is necessary to conduct simulation exercises with working out various possible situations depending on the profile and predictability of injuries. A survey of 100 nurses from eight hospitals of different levels in different regions and with different experience of working with a mass influx of victims was conducted. The disposition of nurses to participate in the conduct of introductory and primary medical triage was analyzed. The results of this study showed that (69.00 ± 4.60) % of nurses agree to triage at the initial triage stage, i.e. to the emergency department, where the main role of the nurse is to divide patients into four categories according to the START triage system and provision of medical assistance. However, (80.00 ± 4.00) % respondents are categorically against (do not consider) their participation at the primary sorting stage.

Conclusions. The main task of emergency medical care at the hospital stage is to maintain the quality level of triage and medical care, despite the large number of hospitalized patients who arrive at the department at any time of the day or day of the calendar. Triage is a process that involves timely and accurate identification of patients who need immediate treatment and separation from those who also have injuries but whose condition allows them to temporarily postpone care.

Key words: triage; mass admission; emergency response protocol; emergency situation; nurse.

Вступ. Стихійні лиха, катастрофи і великі аварії, від яких в останні десятиліття постраждало населення світу, наочно вказують на те, що медичні установи, насамперед лікарні, особливо вразливі до впливу уражаючих факторів надзвичайних ситуацій. На сьогодні Україна перебуває під постійним прицілом агресора, використання всього арсеналу зброї, часто неточної, спричиняє ураження об'єктів цивільної інфраструктури, як наслідок – масові жертви як серед військових, так і серед мирних мешканців. Попри наявність певної законодавчої бази щодо реагування на масові ураження громадян, за наявності реальних випадків масових уражень система швидко перетворюється в хаос. Причиною є те, що медична система не має досвіду функціонування за умов війни, законодавство формувалося в мирний час, а кожна частина медичної системи в критичні моменти діє у відриві від інших. Реформування діючої системи та дослідження світового досвіду функціонування медичних систем у час масового ураження є, безумовно, актуальними для України.

Часто під балістичні ураження потрапляють лікувальні заклади, що є вкрай великою проблемою при наданні допомоги в разі масових уражень. Брак

служб з надання допомоги при надзвичайних ситуаціях значно скорочує можливість порятунку життя людей. Згідно з даними ВООЗ, через відсутність однієї лікарні близько 200 тис. людей залишаються без медичної допомоги [1]. Організація роботи у лікувальних закладах при надзвичайних ситуаціях є пріоритетним завданням. Залучення всього можливого на момент катастрофи ресурсу і перехід лікарні у відповідний режим роботи є основним завданням керівного персоналу, який буде націлений на організацію сортування, надання допомоги пацієнтам, що доставлені бригадами екстреної допомоги та потребуватимуть першочергових втручань для збереження життя.

Для функціонування лікарні в режимі надзвичайної ситуації важливий кожен медичний працівник, який перебуває на посту. Під час відпрацювання протоколу масового надходження постраждалих медсестри відіграють немалу роль у забезпеченні проведення та підвищення ефективності лікувально-діагностичного процесу при наданні медичної допомоги хворим і постраждалим за умов надзвичайної ситуації та беруть участь в оцінці організації, структурної та функціональної готовності закладів.

Мета роботи – проаналізувати рівень готовності та ознайомленості медичного персоналу лікувальних закладів, розподіл функціональних обов'язків медичного персоналу, в тому числі медсестри, при масовому надходженні постраждалих, спираючись на наказ МОЗ України «Про затвердження Стандарту екстреної медичної допомоги «Медичне сортування при масовому надходженні постраждалих на ранньому госпітальному етапі» від 24.02.2022 р. № 368.

Основна частина. Масове надходження постраждалих за умов надзвичайної ситуації завжди буде вносити дисонанс у роботу будь-якого лікувального закладу. Коли потреби значно перевищують наявні ресурси, необхідно прийняти рішення, як розподілити ці ресурси ефективно, усвідомити, що не всі потреби постраждалих (необхідне лікування) будуть задоволені, що деякі пацієнти взагалі можуть не отримати належного лікування. Прийняття правильного рішення при проведенні сортування може мати далекосяжні наслідки. Питання щодо розподілу ресурсу можуть виникати на всіх рівнях надання допомоги та безпосередньо стосуватись усього медичного персоналу. Ведеться багато дискусій про сортування, зокрема в закордонних працях, а саме: на якому етапі проводити сортування, кого необхідно залучати, розподіл ресурсу як людського, так і матеріального, які методи, підходи сортування є найефективнішими.

Щоб зрозуміти готовність лікарні до роботи в режимі надзвичайної ситуації, потрібно диференціювати два поняття для кожного лікувального закладу: численне і масове надходження. Залежно від цього буде використано протокол реагування, який необхідно попередньо розробити і відпрацювати в даному лікувальному закладі. Потрібно ознайомити з протоколом усіх учасників та неодноразово відпрацювати його застосування на практиці (симуляційне навчання).

Що стосується численного і масового надходження постраждалих та режиму роботи лікувального закладу в тому чи іншому випадку, то необхідно проаналізувати деякі дані для кожної лікарні зокрема, щоб зрозуміти можливості ресурсу і підготуватися до надзвичайної ситуації. Для цього потрібно провести збір та аналіз даних, а саме: кількість надходжень постраждалих за певний період часу, причини госпіталізації, тобто механізм отримання травми, і профіль лікувального закладу, також має значення

вікова категорія пацієнтів (особливої уваги до себе будуть вимагати педіатричні пацієнти). Для якісного функціонування лікарні в режимі надзвичайної ситуації мають значення і період доби, день тижня та особливості роботи за календарем, а також те, чи задіяний весь персонал у робочому режимі. Після збору даних необхідно створити звіти та провести аналіз. На основі результатів, отриманих після проведення аналізу, потрібно вдосконалити й оптимізувати надходження та прийом постраждалих. Після впровадження змін слід продовжувати моніторити дані та, за необхідності, вносити корективи у внутрішній протокол реагування при надзвичайній ситуації.

Отож після проведення такого аналізу кожен лікувальний заклад може зробити для себе висновки, що таке численне і масове надходження постраждалих та як ефективно забезпечити його функціонування в тому чи іншому випадку.

Термін «численний випадок» буде вказувати на кількість постраждалих, які надійшли у лікувальний заклад протягом певного періоду часу, проте навантаження на медичний персонал та ресурс у конкретний період є взаємно пропорційним. Лікувальний заклад має змогу забезпечити у повному обсязі надання невідкладної медичної допомоги всім пацієнтам, яких було доставлено в цей лікувальний заклад. Численність або масовість випадку для даного лікувального закладу залежатиме не тільки від кількості постраждалих, а й від рівня та профілю лікарні, кількості наявного персоналу і матеріально-го ресурсу в період надзвичайної ситуації.

Масове надходження постраждалих у лікувальний заклад вказує на значний приплив постраждалих протягом короткого періоду часу, що можуть викликати різні обставини. У такому випадку важливо, щоб лікувальний заклад був готовий ефективно зреагувати, перейшовши в режим надзвичайної ситуації, та забезпечити надання невідкладної медичної допомоги, спрямованої на врятування і збереження життя постраждалих.

Для ефективної роботи лікувального закладу в режимі надзвичайної ситуації необхідно врахувати такі основні аспекти, як:

1. Планування та готовність: розробка плану реагування при масовому надходженні постраждалих є важливою частиною готовності. Цей план повинен розробити і відпрацювати медичний персонал,

який, найімовірніше, братиме участь у наданні допомоги постраждалим. Медичний персонал, за планом реагування, має чітко знати свої повноваження та виконувати їх. Цей план повинен включати процедуру приймання, розподілу ресурсу та координацію медичного персоналу.

2. Медичне обладнання та ресурс: лікувальний заклад повинен мати достатній запас медичного обладнання, ліків та інших ресурсів для надання допомоги великій кількості пацієнтів. Особливу увагу до себе привертає і стає болючим питанням обмінний фонд. Бригади екстреної медичної допомоги також працюють у режимі надзвичайної ситуації, тому затримуватися у відділенні екстреної (невідкладної) медичної допомоги не мають змоги. Мінімізувати час перебування бригад медицини катастроф допоможе обмінний фонд, який буде включати в себе необхідний інвентар для надання медичної допомоги і транспортування пацієнтів, що також повинно відобразитися в складанні та відпрацюванні плану реагування.

3. Підготовка медичного персоналу: як згадувалося вище, для якісної роботи в режимі надзвичайної ситуації медичний персонал повинен бути підготовлений до ефективної реакції на масове надходження постраждалих. Це включає в себе тренування та симуляції сценаріїв, що моделюють масові ситуації. Після відпрацювання сценарію (навчання) необхідно провести брифінг і дебрифінг з аналізом для розуміння ситуації щодо готовності лікувального закладу та безпосередньо медичного персоналу і, за потреби, внести корективи в план реагування, тоді відпрацювати повторно. Для якісного впровадження протоколу «Медичне сортування при масовому надходженні постраждалих на ранньому госпітальному етапі» у лікувальному закладі всі деталі є дуже важливими – від розміщення носилок до організації роботи палати інтенсивної терапії.

4. Комунікація: важливим етапом управління при масовому надходженні постраждалих є ефективна система комунікації, що може включати внутрішньо-лікарняні засоби зв'язку між відділеннями, для розуміння завантаженості різних блоків та подальшої маршрутизації пацієнтів. До важливих ланцюжків комунікації належить зв'язок із бригадами медицини катастроф, власне через старшого лікаря зміни або старшого оперативної диспетчерської, які координують бригади медицини катастроф, з додатковими

службами: поліцією, ДСНС та іншими лікувальними закладами для подальшого транспортування пацієнтів, що, ймовірно, потребуватимуть вузькопрофільної допомоги.

5. Евакуація та транспортування: якщо необхідно, лікувальний заклад повинен мати план для евакуації та транспортування пацієнтів до і з лікувального закладу. Потрібно чітко знати і розуміти маршрут надходження постраждалих, місце збору, маршрут, згідно із сортувальними групами, до відповідних відділень або, при необхідності, перенаправити до іншого лікувального закладу. Також слід продумати маршрут бригад екстреної медичної допомоги, щоб не створити колапсу на території лікарні, чітко контролювати заїзд цивільного транспорту, яким можуть доставляти пацієнтів.

Готовність до масового надходження постраждалих вимагає систематичного планування, тренувань та оновлення планів, щоб забезпечити ефективну реакцію на будь-які надзвичайні ситуації.

Основним відділенням, на яке лягає все навантаження, є відділення екстреної (невідкладної) медичної допомоги, що підтримує важливий зв'язок між службами екстреної медичної допомоги та лікарнею, куди звернеться багато пацієнтів одночасно, оскільки це найкоротший шлях до отримання медичної допомоги. Обсяг госпіталізації в дане відділення неможливо передбачити з великою точністю. Тому якісна робота відділення екстреної (невідкладної) медичної допомоги може забезпечити процес надання допомоги постраждалим на етапі сортування, з яким повинні бути ознайомлені не тільки лікарі, а й медсестри, які задіяні в протоколі «Медичне сортування при масовому надходженні постраждалих на ранньому госпітальному етапі».

Медичне сортування – це стандартизований метод швидкого визначення пацієнтів, які перебувають у невідкладному стані, зі всієї маси постраждалих, щоб допомогти персоналу ідентифікувати та визначити пріоритетність критичного постраждалого. Основою медичного сортування є єдині й послідовні принципи діагностики, лікування та прогнозів його результатів. Медичне сортування при масовому надходженні постраждалих є ключовим елементом забезпечення своєчасного надання медичної допомоги і збереження життя максимальної кількості пацієнтів.

Медичне сортування постраждалих у відділенні екстреної (невідкладної) медичної допомоги є за-

гальноприйнятим стандартом надання допомоги при надзвичайних ситуаціях у міжнародній практиці. Розробка та подальше його впровадження – важлива складова системи екстреної медичної допомоги на ранньому госпітальному етапі, що сприятиме наданню медичної допомоги більшій кількості пацієнтів/постраждалих за умов обмежених ресурсів у закладі охорони здоров'я [2].

Для забезпечення прозорості та універсальності рекомендовано формально структуровану систему медичного сортування постраждалих у відділенні екстреної (невідкладної) медичної допомоги в разі масового надходження постраждалих або при проведенні сортування за умов дефіциту сил і засобів. У країнах з ефективною системою екстреної медичної допомоги в процесі медичного сортування постраждалих при надзвичайних ситуаціях найчастіше використовують чотирирівневий підхід, що забезпечує розподіл постраждалих залежно від тяжкості їх стану, він ґрунтується на визначенні таких показників, як рівень свідомості, наявність та характеристики дихання, стан перфузії. За результатами отримання на кожному етапі даних відповідно до показника, постраждалого можна віднести до певної сортувальної групи. Рішення щодо категорії сортування визначає об'єм надання медичної допомоги; це визначення пріоритетів дає можливість надати допомогу максимальній кількості постраждалих [2].

У відділенні екстреної (невідкладної) медичної допомоги сортування належить до методів, які використовують для оцінки тяжкості травми або захворювання постраждалих протягом короткого періоду часу після їх прибуття, визначення пріоритетів і переведення кожного пацієнта у відповідне місце лікування [3]. Основним завданням сортування є оптимізувати час очікування пацієнтів відповідно до тяжкості їх клінічного стану, щоб якомога швидше розпочати лікування найнебезпечніших симптомів і зменшити затримку до отримання більш розширеного лікування в палатах інтенсивної терапії, при необхідності – у профільних відділеннях, проведення оперативних втручань, спираючись на принципи «damage control surgery», та, за потреби, переведення в інші лікувальні заклади.

Провести аналіз ефективності використання шкал сортування та участі медсестер у процесі сортування на теренах вітчизняної медицини є дуже складним завданням, враховуючи те, що немає відповідного досвіду і статистики.

Спираючись на дані аналізу закордонних праць, важко не відмітити ролі медсестер при виконанні протоколу масового надходження постраждалих, коли в цій ситуації кожен медичний працівник несе відповідальність, і щоб лікувальний заклад міг справитися з масовим надходженням пацієнтів, кожному необхідно знати та виконувати свої обов'язки відповідно до внутрішнього протоколу реагування.

З огляду на ситуацію сьогодення, в нашій практиці не будемо перелічувати лікувальних закладів, у яких проводили ретроспективне дослідження, а оперуватимемо лише отриманими даними. За результатами проведених досліджень, більшість (100 %) респондентів вважає, що медсестри мають багато ролей під час сортування. Розподіл ролей при проведенні медичного сортування повинен бути таким, щоб гарантувати найкращу можливу продуктивність працівника [4]. Окрім того, сортування також є автономною роллю сестринського догляду, важливого для ефективного надання медичної допомоги. Згідно з цією точкою зору, ролі медсестер є дуже важливими при проведенні сортування, і кілька досліджень показали, що сортування під керівництвом медсестер було успішним у деяких країнах, що розвиваються [5]. Але більшість боїться брати участь у непростому та важкому для виконання протоколі. Для того, щоб медсестра якісно та повноцінно брала участь у проведенні сортування, необхідні відповідні знання, досвід, який можна здобути, тільки пройшовши неодноразово навчання, критичне мислення, щоб приймати правильні рішення, коли ресурс максимально обмежений. Тому що вирішальними і кінцевими цілями медсестри, яка бере участь у проведенні сортування, є забезпечення збереження життя, догляду за постраждалими для можливості подальшого лікування та реабілітації при необхідності.

У кількох дослідженнях було запропоновано розширити ролі медсестри при сортуванні, щоб скоротити час очікування у надзвичайних випадках [6, 7]. Найважливіші ролі медсестри, відповідальної за сортування, полягають у забезпеченні оцінки постраждалого шляхом спостереження за загальним станом, збору цілеспрямованого анамнезу, в тих випадках, коли це можливо, враховуючи стан тяжкості пацієнта і час надходження наступних постраждалих, з метою визначення існуючих можливих патологій. Вона може також забезпечити збір та аналіз фізіологічних даних за допомогою підходу

первинного обстеження постраждалого та надати першу допомогу, якщо це необхідно, що запобігає підвищенню смертності. Крім того, медсестра швидко оцінює стан пацієнта (протягом 5–10 хв), коли відділення не переповнене, може на власний розсуд повторно оцінити його стан з огляду на свою компетентність і рівень знань. Головна роль медсестри при проведенні сортування полягає у першочерговому визначенні на етапі вступного сортування пацієнтів з небезпечними для життя станами, такими, як порушення прохідності дихальних шляхів, наявність масивної кровотечі, порушення дихання, та проведенні відповідних втручань за необхідності, контролю якості зупинки критичної кровотечі на попередніх етапах надання допомоги. Також вона бере участь у транспортуванні пацієнтів, якщо виникає така гостра потреба, веде документацію на всіх етапах сортування – від ідентифікації постраждалого до внесення даних у реєстраційні журнали, здійснює облік надходжень та кількісний аналіз згідно із сортувальними групами.

Асоціація медсестер екстреної допомоги (Emergency Nurses Association – ENA) стверджує, що медсестрі необхідно пройти навчання з таких курсів, як серцево-легенева реанімація (CPR), розширені заходи реанімації (ALS), курс невідкладної медичної допомоги в педіатрії (ENPC), основний курс медичної допомоги при травмах (TNCC), перш ніж її буде зараховано до групи, яка братиме участь у проведенні медичного сортування. Компетентність медсестри є дуже важливою, тому що впливає на рівень продуктивності, що демонструє ефективне застосування знань на практиці. Тому її участь у відпрацюванні протоколу реагування при масовому надходженні постраждалих у певному лікувальному закладі є не менш важливою, ніж лікаря.

Ми провели анкетування 100 медсестер з восьми лікарень у різних областях та з різним рівнем кластерів (різним рівнем надання медичних послуг). В опитуванні взяли участь медсестри різних відділень (табл. 1): анестезіології та інтенсивної терапії – (40,00±4,90) %, екстреної медичної допомоги – (30,00±4,60) %, оперативної хірургії – (15,00±3,61) %, терапевтичного – (5,00±2,21) %, постові медсестри – (3,00±1,75) %, медсестри функціонального кабінету – (2,00±1,41) %, інші медсестри лікувальних закладів, які на момент проведення анкетування не перебували на чергуванні, – (5,00±2,21) %.

Таблиця 1. Відсотковий розподіл медсестер різних відділень, які брали участь в опитуванні

Відділення лікувального закладу	Відсоток співвідношення зі 100 анкет
Анестезіології та інтенсивної терапії	40,00±4,90
Екстреної медичної допомоги	30,00±4,60
Оперативної хірургії	15,00±3,61
Терапевтичне	5,00±2,21
Постові медсестри	3,00±1,75
Медсестри функціонального кабінету	2,00±1,41
Медсестри лікувальних закладів, які на момент проведення анкетування не перебували на чергуванні	5,00±2,21

Більшість опитаних – жінки ((96,00±2,01) %), лише (4,00±2,01) % – чоловіки. Середній вік – 30–50 років, середній стаж роботи – 10–30 років. Лише три лікувальних заклади мали реальний досвід роботи при масовому надходженні постраждалих, тільки у двох із загального числа було розроблено та відпрацьовано план реагування при масовому надходженні пацієнтів, медсестри цих закладів чітко знали свої обов'язки. Результати дослідження: (25,00±4,30) % категорично заперечили, що сортування – роль медсестри, обґрунтовуючи це надто великою відповідальністю та психоемоційним стресом, (95,00±2,20) % погодилися, що їх участь у наданні невідкладної медичної допомоги є невід'ємною, що медсестра може самостійно прийняти рішення про контроль критичної кровотечі та якісного відновлення прохідності дихальних шляхів за необхідності, 100 % стверджували, що ведення документації є медсестринським обов'язком (табл. 2).

Відповідь «Категорично проти (не розглядаю)» отримали від медсестер лікувальних закладів, які не мали досвіду роботи при масовому надходженні постраждалих та які не проходили симуляційного навчання з реагування при надзвичайній ситуації.

Результати цього дослідження показали, що (69,00±4,60) % медсестер погоджуються сортувати на етапі вступного сортування, тобто до відділення екстреної (невідкладної) медичної допомоги. Основною їх роллю є розподіл пацієнтів на чотири категорії згідно із сортувальною системою START та надання невідкладної медичної допомоги. Проте (80,00±4,00) % опитаних категорично проти

Таблиця 2. Відсотковий розподіл медсестер (n=100) за ролями при проведенні сортування

Роль медсестри при надзвичайній ситуації	Категорично проти (не розглядаю)	Якщо є можливість відмовитись, то ні	Погоджуюсь	Не впораюсь
Проведення вступного сортування	(n=25) 25,00±4,30	(n=6) 6,00±2,40	(n=69) 69,00±4,60	(n=0) 0,98±0,97
Проведення первинного сортування	(n=80) 80,00±4,00	(n=10) 10,00±3,80	(n=10) 2,00±1,40	(n=10) 8,00±2,70
Надання невідкладної медичної допомоги	(n=0) 0,98±0,97	(n=5) 5,00±2,20	(n=95) 95,00±2,20	(n=0) 0,98±0,97
Ведення документації	(n=8) 8,00±22,70	(n=8) 2,00± 2,70	(n=90) 90,00±3,00	(n=0) 0,98±0,97
Збір анамнезу	(n=20) 20,00±4,00	(n=3) 3,00±1,70	(n=70) 70,00±4,60	(n=7) 7,00±2,60
Ведення реєстрації	(n=0) 0,98±0,97	(n=10) 10,00±3,00	(n=90) 90,00±3,00	(n=0) 0,98±0,97
Моніторинг обмінного фонду	(n=80) 80,00±4,00	(n=0) 0,98±0,97	(n=20) 20,00±4,00	(n=0) 0,98±0,97

(не розглядають) своєї участі на етапі первинного сортування, тобто у відділенні екстреної (невідкладної) медичної допомоги, де саме потрібні ґрунтовніший підхід у сортуванні й визначення подальшого маршруту пацієнта по лікувальному закладу для планування надання більш розширеної допомоги, де основна роль у проведенні сортування відводиться найбільш кваліфікованому працівнику лікарні.

Висновки. Як свідчать результати дослідження, необхідно мати кваліфікованих та досвідчених медсестер, які б відповідали за сортування, з метою зменшення смертності, впливу на завантаженість лікарських бригад, які будуть задіяні в операційних блоках, палатах інтенсивної терапії, а не на етапі сортування.

Раннє визначення пріоритетів пацієнтів згідно із сортувальною системою START є ще однією важливою функцією кожної медсестри, яка бере участь у

сортуванні. Проте медсестри можуть при масовому надходженні постраждалих правильно визначити пріоритет лише після проходження відповідного навчання. Ключова роль медсестри під час сортування полягає у першочерговому визначенні пацієнтів із небезпечними для життя або невідкладними станами та ініціації відповідних медичних втручань.

Сортування вважають надзвичайно важливим, проте не менш важким, етапом під час надання невідкладної допомоги при надзвичайній ситуації, воно вимагає від медсестер застосування критичного мислення та швидкої реакції. Щоб покращити якість сортування, яке спрямоване на зменшення смертності й надання допомоги якомога більшій кількості постраждалих, необхідно проводити навчання для всього медичного персоналу лікувального закладу, який буде задіяний при масовому надходженні постраждалих.

REFERENCES

- Johannessen, L.E.F. (2021). Beyond guidelines: discretionary practice in face-to-face triage nursing. *Sociol. Health Illn.*, 39(7), 1180-1194.
- Pro zatverdzhennya Standartu ekstrenoyi medychnoyi dopomohy «Medychne sortuvannya pry masovomu nadkhodzhenni postrazhdalikh na rannomu hospitalnomu etapi»[On the approval of the Standard of emergency medical care "Medical triage during the mass arrival of victims at the early hospital stage"]: Order of the Ministry of Health of Ukraine dated 24.02.2022 No. 368 [in Ukrainian].
- Fernandes, C.M., Tanabe, P., & Gilboy, N (2005). Five-level triage: a report from the ACEP/ENA Five-level Triage Task Force. *Emergency Nursing*, 31(1), 39-50.
- Boateng, K. (2020). Underlying forces of organizational control on administrative behavioural theoretical insights *Strategy and Behaviors in the Digital Economy*, 1-19.
- Standing Mooi (2020). Clinical judgement and decision making in nursing. *Learning Matters*, 4, 10-16.
- Reblora, J.M. Violeta, L, & Yong-Shian, G. (2020). Experiences of nurses working in a triage area: An integrative review. *Aust. Crit. Care*, 33(6), 567-575.
- Falconer, S.S., Karuppan, C.M., Kiehne, E., & Rama, S.E.D. (2018). Triage Process Improvement: Timely Vital Signs for Less Acute Patients. *Emerg. Nurs.*, 44(6), 589-597.

Отримано 06.02.2024