

ЛИТЕРАТУРА

1. Банщиков Ф.Р. Комплаенс в психиатрии: реальность и перспективы [Текст] /Ф.Р. Банщиков // Обзорные психиатрии и медицинской психологии имени В.М.Бехтерева – 2006. – Т. 3, № 4. – С.
2. Карпов О.И. Комплаенс антибиотикотерапии инфекций дыхательных путей [Текст] / О.И. Карпов // Антибиотики и химиотерапия. – 1999. - № 44. – С. 8.
3. Карпов О.И. Фармакоэкономическая изнанка комплаенса основных препаратов сульфонилмочевины [Текст] / О.И. Карпов // Трудный пациент (архив). – 2006. - № 10. – С.
4. Колотова Г.Б. Структурно-функциональное состояние левых отделов сердца и дисритмии при серопозитивном и серонегативном ревматоидном артрите: Автореф. ... докт. мед. наук.
5. Маколкин В.И. Актуальные проблемы междисциплинарного сотрудничества при лечении психосоматических расстройств / В.И. Маколкин, Л.В. Ромасенко // Тер. архив. – 2003. - № 12. – С. 5-8
6. Bernstein G.A. Imipramine Compliance in Adolescents / G.A. Bernstein // Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. – 2000. - Vol. 39, N 3. - P. 327-333.
7. Compliance with drug therapy in rheumatoid arthritis. A longitudinal European study / F. Viller, F. Guillemin, S. Briancon et al. // Joint Bone Spine. – 2000. - Vol. 67, N 3. - P. 178-182.

*Л.А. Шардина, Л.Д. Потапова, Т.А. Найданова*

**СОЗДАНИЕ ОТДЕЛЕНИЙ СЕСТРИНСКОГО УХОДА – ВАЖНЫЙ ВКЛАД В РЕШЕНИЕ АКТУАЛЬНЫХ ПРОБЛЕМ СОВРЕМЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

Уральская государственная медицинская академия

Результатом наблюдаемых на протяжении последних трех-четырёх десятилетий крупных достижений медицинской науки и социальных преобразований в обществе, обусловивших в цивилизованных странах мира увеличение продолжительности жизни людей и связанный с данным обстоятельством неуклонный рост темпов старения населения на фоне заметного снижения рождаемости, стали серьезные демографические пертурбации. В частности, лиц в возрасте старше 90 лет в настоящее время примерно насчитывается в два раза больше, чем 20 лет назад, а на долю людей в возрасте 65 лет и старше приходится 13% от численности всего населения. По шкале ООН, население страны считается старым, если удельный вес проживающих в ней лиц в возрасте 65 и более лет превышает хотя бы 7%. Как свидетельствуют данные Российской академии наук, к 2016 году люди старше 60 лет будут составлять уже 20% от общего числа россиян, а дети до 15 лет – всего 17% [2,3].

Изречение мудрого Свифта о том, что «все хотят долго жить, но никто не желает стареть», справедливо до сегодняшнего дня, поскольку старость, даже будучи генетически детерминированным, а значит физиологическим по сути, периодом онтогенеза, часто сопряжена с возникновением множества различных заболеваний, отрицательно влияющих на качество жизни пожилого населения. Все это определяет настоятельную необходимость дальнейшего развития гериатрии вообще [2] и совершен-

ствования сестринского процесса среди лиц старшего возраста [4] в частности. Ведь, как заметил гениальный А.С.Пушкин, «уровень развития общества определяется его отношением к старости» [1].

Как и вся наша страна, г. Лесного Свердловской области характеризуется увеличением продолжительности жизни людей и постарением населения, и как следствие - увеличением числа лиц, страдающих разнообразной хронической патологией. С целью решения возникших вопросов обеспечения медико-социальным уходом и проведения курсов поддерживающего лечения возросшего контингента больных пожилого и старческого возраста, проживающего на территории ГО "Город Лесной", более шести лет назад, 4 января 2003 года, Федеральным городским учреждением здравоохранения «Центральная медико-санитарная часть № 91» (ФГУЗ ЦМСЧ-91) организовано отделение сестринского ухода (ОСУ) мощностью в 20 коек.

В кругу задач созданного ОСУ основной явилось повышение доступности медико-социальной помощи лицам пожилого и старческого возраста, страдающим хроническими заболеваниями. В контексте этой кардинальной проблемы больных и престарелых жителей г. Лесного отделение сестринского ухода обеспечивает: 1) медицинским уходом, 2) медицинской реабилитацией, 3) динамическим наблюдением за состоянием, 4) своевременной диагностикой осложнений или обострений хронических заболеваний, 5) оформлением одиноких и престарелых граждан в дома-интернаты, 6) первой экстренной медицинской помощью, 7) своевременным переводом при обострении хронических заболеваний или ухудшении состояния в соответствующие подразделения ФГУЗ ЦМСЧ-91, 8) периодическими врачебными осмотрами терапевтом, 9) по рекомендации терапевта консультативной помощью других врачей-специалистов, 10) лечебным питанием в соответствии с врачебными назначениями [3]. Финансовое обеспечение ОСУ осуществляется за счет средств федерального бюджета. Необходимо отметить, что кроме медицинских работников, к уходу за больными в установленном порядке привлекаются члены общественных религиозных организаций, благотворительных обществ и ассоциаций.

С учетом изложенного, цель данного исследования – анализ и оценка результатов 6-летней деятельности коллектива отделения сестринского ухода ФГУЗ ЦМСЧ-91 г. Лесного Свердловской области.

**Материал и методы**

Информационную основу работы составили медицинские документы (истории болезни, карты сестринской оценки состояния пациента и т.д.), заполненные на 745 больных пожилого возраста (средний возраст – 72,85±10,63 лет), госпитализированных в ОСУ ФГУЗ ЦМСЧ-91 г. Лесного Свердловской области, результаты анкетирования больных и их родственников, а также личные дела сотрудников отделения.

**Результаты исследования и их обсуждение**

Из материалов таблицы 1, в которой представлено штатное расписание отделения сестринского ухода ФГУЗ ЦМСЧ-91 г. Лесного Свердловской области, следует, что отделение возглавляет специалист, имеющий высшее медицинское образование (выпускница отделения высшего сестринского образования Уральской государственной медицинской академии)

Важно подчеркнуть, что этот факт соответствует современному пониманию руководителями здравоохранения сущности сестринского дела и требованиям к его организации в Российской Федерации.

Помимо хорошей манипуляционной подготовки, сестринский процесс в отделении потребовал от медицинского персонала творческого отношения к уходу за пациентами и умения работать с пациентом как с личностью.

Положительную роль сыграло и то обстоятельство, что при устройстве на работу сестринский и младший медицинский персоналы прошли тщательный отбор и цикл обучения специфике ухода за пожилыми больными.

В отделении работают увлеченные и стремящиеся к знаниям люди. И это не случайно – с основания ОСУ руководство придает большое значение образовательному уровню и компетенции своих сотрудников, в связи с чем постоянно проводятся учебные занятия по инновационным технологиям ухода, обсуждаются психологические аспекты работы с пожилыми и престарелыми пациентами. Благодаря этому сестры отделения несколько отличаются от медсестер других лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ): они имеют больше полномочий по сравнению со своими коллегами из других отделений, и поэтому степень их ответственности оценивается гораздо выше. Работая в соответствии с современной моделью

сестринского дела и осуществляя уход за пациентами, они нацеливают их на удовлетворение своих физических, психологических и социальных потребностей.

Отделение сестринского ухода от интернатов и домов престарелых принципиально отличается тем, что срок пребывания в нем ограничен одним месяцем. Поэтому пациент знает, что в отделении он лишь временно "отдыхает" или переживает тяжелый жизненный период и в любой момент может вернуться домой. Однако по желанию пациента длительность его пребывания в ОСУ может быть увеличена свыше указанных сроков на основании заключения с пациентом договора о возмездном оказании медицинских услуг.

Помощь больным ОСУ требует от медицинского персонала распознавания даже трудноуловимых изменений в состоянии старого человека на фоне уже существующих проявлений хронических заболеваний. По этой причине важное значение приобретает систематическое ведение сестрой медицинской документации.

В истории болезни заполняются, во-первых, лист для ежедневных записей (позволяет контролировать симптомы), во-вторых, лист динамического наблюдения, в котором отражены показатели основных переменных величин (состояние кожного покрова, температура тела, артериальное давление и пульс). Можно сказать, что это – одна из наиболее эффективных форм профилактики заболеваний у пожилых, суть которой заключается в раннем выявлении признаков патологических состояний.

Таблица 1

Штатное расписание отделения сестринского ухода ФГУЗ ЦМСЧ-91 г. Лесного Свердловской области

№ п/п	Средний медицинский персонал	Количество ставок
1	Заведующая отделением сестринского ухода – медицинская сестра с высшим сестринским образованием	1
2	Старшая медицинская сестра	1
3	Медицинская сестра палатная	4,75
4	Медицинская сестра процедурная	0,5
6	Медицинская сестра по массажу	0,75
7	Медицинская сестра по физиотерапии	0,5
8	Инструктор по лечебной физкультуре	0,5
	<b>ИТОГО:</b>	<b>9</b>
<b>Младший медицинский персонал</b>		
1	Младшая медицинская сестра по уходу за больными	8
2	Санитарка	1
3	Санитарка-ваннщица	1
4	Санитарка-буфетчица	2
5	Сестра-хозяйка	1
	<b>ИТОГО:</b>	<b>13</b>
<b>Прочий персонал</b>		
1	Водитель	0,5
2	Уборщик территории	0,5
	<b>ИТОГО:</b>	<b>1</b>
	<b>ВСЕГО:</b>	<b>23</b>
	в т.ч.:	
	врачи	0
	средний медицинский персонал	9
	младший медицинский персонал	13
	прочий персонал	1

Кроме того, для отделения сестринского ухода разработаны карты сестринской оценки состояния пациента, в которых отмечаются адекватность поведения, изменения повседневной деятельности, оценка сознания, характера ночного сна, аппетита, состояния двигательных функций, зрения, слуха, когнитивных способностей и т.д. Результаты наблюдения фиксируются в карте два раза в день, что в итоге дает полезную комплексную информацию и позволяет немедленно выявить любое изменение в функциональном статусе человека.

Осуществляя уход за пожилыми больными, медицинский персонал постоянно фиксирует и оценивает все изменения, которые происходят в состоянии подопечных, чтобы точно установить необходимость того или иного вмешательства. Последнее может осуществляться в двух видах: *первый* – вмешательство, сфокусированное на патологическом процессе с целью изменения его естественного течения, или *второй* – вмешательство, направленное на то, чтобы справиться с последствиями патологических изменений и уменьшить вызванные ими функциональные нарушения. А поскольку у пожилого больного новые проблемы появляются на фоне других, ранее существовавших многочисленных проблем и связанных с ними курсов соответствующего лечения, то каждое отклонение от нормы создаёт новый набор трудностей. Как показывает наш опыт, манифестация других впервые возникших осложнений может быть «самаскривана» проявлениями ранее существовавших.

Хорошо известно, что план лечения нового заболевания (или осложнения) должен учитывать возможность взаимодействия назначаемых средств с теми лекарствами, которые пациент уже принимает. Возникшее заболевание (или осложнение) может послужить толчком к изменению очень хрупкого у пожилых людей гомеостатического баланса и привести к нарушению функций органа или системы до такой степени, что для коррекции этих изменений потребуются мобилизовать систему внешней помощи на временной или, что, естественно, хуже, постоянной основе. Причем каждое такое вмешательство в отделении сестринского ухода планируется таким образом, чтобы не увеличить зависимость больного от окружающих его лиц. Поэтому медицинские сестры постоянно прилагают усилия для поддержания в сознании пожилых людей мысли о перспективности их реабилитации и в этих целях побуждают пациентов использовать для выздоровления резервы собственного организма, а не становиться пассивными участниками процесса.

Среди больных ОСУ значительную долю составляют лица с неврологической патологией. Так, у па-

циентов с подострым периодом церебрального инсульта основными задачами, стоящими перед медицинским персоналом, являются, *во-первых*, ранняя активизация больных, *во-вторых*, предупреждение развития патологических состояний (спастических контрактур, артропатий) и осложнений (пролежней, застойных явлений в легких), связанных с неподвижностью, и, *в-третьих*, выработка активных движений. В связи с этим обстоятельством в ОСУ широко используются методы коррекции двигательных расстройств с помощью пассивной и активной лечебной гимнастики и массажа. Последний назначается врачом при отсутствии противопоказаний и под строгим контролем состояния сердечной деятельности. Чаще всего в отделение поступают пациенты с активностью «в пределах постели». Под руководством опытного инструктора ЛФК медперсонал обучает таких пациентов сначала сидеть и стоять. Важным этапом в восстановлении двигательных функций является обучение ходьбе, которое включает несколько последовательных этапов: ходьба с опорой, обучение ходьбе в пределах помещения, прогулка по улице.

Наряду с упражнениями, направленными на восстановление движений, медперсонал ОСУ под руководством заведующего отделением и инструктора по ЛФК проводит занятия по восстановлению навыков самообслуживания. Восстановление самообслуживания осуществляется в несколько этапов: вначале больной учится самостоятельно принимать пищу, потом его обучают пользоваться туалетом, умываться, причёсываться, бриться, чистить зубы. Если больной «правша» и у него имеется выраженный парез правой руки, то ему приходится переучиваться и многие действия производить левой рукой. Наиболее сложной задачей является обучение самостоятельно мытьё под душем, так как для больного с выраженными нарушениями двигательных функций этот этап реабилитации часто оказывается непреодолимым. Помогают больным отделения различные технические приспособления, например, деревянные скамеечки в ванной. В домашних условиях рекомендуется использование скоб в стенах ванной комнаты и туалета, деревянные стульчики в ванной.

Не остаются без внимания медицинских сестер и родственники пациентов, находящихся в ОСУ. Острие их педагогической работы обращено, например, на обучение родных и близких людей уходу за тяжелобольным, а также разъяснению необходимости привлечения их к выполнению посильных домашних обязанностей (уборка в своей комнате, помощь в приготовлении пищи, мытьё посуды и др.).

Таблица 2

Показатели работы отделения сестринского ухода ФГУЗ ЦМСЧ-91 г. Лесного Свердловской области за шесть лет

Год	Количество больных		Общее количество койко-дней	Работа койки	Средняя продолжительность пребывания (в днях)	Выполнение плана (в %)
	поступило	выписано				
2004	152	130	7175	358,7	47,8	108,7
2005	138	127	7203	360,1	52,2	109,1
2006	172	156	7070	353,5	40,6	107,1
2007	156	137	7204	360,2	46,6	109,1
2008	167	157	7151	357,5	45,7	108,3

Заведующей отделением, врачом и методистом лечебной физкультуры осуществляется также психологическая поддержка как больных (особенно в случаях пониженной мотивации к активности), так и их родных и близких.

Целью такой психологической помощи является разяснение им особенностей реабилитации в пожилом возрасте и их места в этом процессе. Средний и младший медперсонал отделения сестринского ухода ОСУ обучен также элементам "малой" психотерапии и успешно ими пользуется при общении с пациентами пожилого и старческого возраста.

Как показывает практика, у пожилых и лежачих больных чаще развиваются различные трофические нарушения: контрактуры парализованных конечностей с резкой болезненностью в суставах, мышечные атрофии и пролежни. Возникновение подобных осложнений связано с ограничением подвижности, общим ослаблением организма, тазовыми нарушениями, присоединением инфекции. С целью профилактики развития пролежней медицинским персоналом ОСУ широко используется стандарт ведения пациента с пролежнями (приказ МЗ РФ № 123 от 17.04.02), методика, эффективность и безопасность которой доказаны с помощью исследований, наблюдений и экспериментов. Помимо этого проводится оценка риска развития пролежней по шкале Ватерлоу, ведется потапная карта сестринского наблюдения за больным с пролежнями, лист регистрации противопролежневых мероприятий, осуществление которых начинается немедленно в соответствии с планом, составленным медицинской сестрой. Также медицинский персонал обучает пациента технике изменения положения тела в кровати с помощью вспомогательных средств (поручней кровати, устройства для поднимания больного) и технике дыхательных упражнений с помощью инструктора ЛФК.

Аналогичная подробная дополнительная информация дается и родственникам больных: места образования пролежней, техника перемещения, особенности перемещения в различных положениях, диетический и питьевой режимы, техника гигиенических процедур, наблюдение и поддержание умеренной влажности кожи, стимулирование пациента к самостоятельному перемещению каждые 2 часа и выполнению им дыхательных упражнений. Обучение родственников сопровождается демонстрацией рисунков. Этот комплекс мероприятий, включающий профилактику пролежней и своевременное выявление нарушений со стороны кожных покровов, дает достаточно ощутимый положительный эффект.

Каждый год в отделение сестринского ухода поступает среднем 154-155 человек (таблица 2), из числа которых с улучшением выписывается около 30% пролечившихся.

Повторно в ОСУ госпитализируется до 15% пациентов. В структуре заболеваний у пациентов на первом месте стоят болезни системы органов кровообращения, на втором – новообразования, на третьем – травмы и болезни органов дыхания, на четвертом – патология нервной системы. За период деятельности ОСУ с 2004 по 2008 годы медико-социальная помощь лицам пожилого и старческого возраста, проживающим в г. Лесном, значительно улучшилась, так как технология определения особых потребностей и проблем, используемая у таких зачастую беспомощных и одиноких больных, позволяет адекватно построить сестринский процесс.

Следует отметить, что по результатам анкетирования пациентов и их родственников, проводимого руководством с целью совершенствования работы медперсонала отделения сестринского ухода и повышения качества оказываемой медицинской помощи, большинство интервьюированных лиц остаются довольными качеством оказываемой медицинской помощи.

В заключение подчеркнем, что создание отделения сестринского ухода на базе ФГУЗ ЦМСЧ- 91 г. Лесной себя полностью оправдало. Между тем процесс старения населения, связанный с успешным решением медицинских и социальных проблем, неуклонно наращивает темпы в большинстве стран Европы, причем в России, включая и Свердловскую область, демографическая ситуация подчинена этой же закономерности. Совершенно не исключается, что в дальнейшем данные тенденции будут только усиливаться. В контексте изложенного, создание отделений сестринского ухода (равно как и хосписов) в ЛПУ других районов Свердловской области), аналогичных таковому в г. Лесном, является актуальной проблемой сегодняшнего здравоохранения, ждущей своего быстрого разрешения.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Аникин А.В. Муза и мамона: Социально-экономические мотивы у Пушкина [Текст] / А.В. Аникин. – М.: Мысль, 1989. – 253 с.
2. Коркушко О.В. Клиническая кардиология в гериатрии [Текст] / О.В. Коркушко. – М.: Медицина, 1980. – 288 с.
3. Мякотных В.С. Проблемы старения [Текст] / В.С. Мякотных, И.Е.Оранский, Е.Т. Мохова // Сестринское дело. - 1999. - № 5.
4. Отраслевой стандарт "Протокол ведения больных. Пролежни" [Текст] / ОСТ 91500.11.0001-2002 // Положение об отделении сестринского ухода (от 14.03.06.).
5. Сестринское дело в гериатрии: руководство для медицинских сестер [Текст] / Под ред. Т.В.Рябчиковой. – М.: ФГОУ «ВУНМЦ Росздрава», 2006. – 384 с.