

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
**«БЕЛГОРОДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**
(Н И У «Б е л Г У»)

МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ

ЦМК Сестринского дела

**СОЗДАНИЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ СРЕДЫ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ КАК
ОДИН ИЗ АСПЕКТОВ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ
МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ**

Дипломная работа студента

очной формы обучения
специальности 34.02.01 Сестринское дело
4 курса группы 03051502
Мильченко Дениса Михайловича

Научный руководитель
Преподаватель Олейниц Э.В.

Рецензент
Старшая медицинская сестра, отделение
профилактики ОГБУЗ «Городская
поликлиника г. Белгорода»,
поликлиническое отделение № 2
Деева Л. В.

БЕЛГОРОД 2019

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	3
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ НЕОБХОДИМОСТИ СОЗДАНИЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ СРЕДЫ ДЛЯ ПАЦИЕНТА.....	5
1.1. Возможности реабилитации после инсульта	5
1.2. Система долговременного ухода в России.....	7
1.3. Образовательная среда для лиц, осуществляющих долговременный уход, в Белгородской области.....	12
ГЛАВА 2. ОБУЧЕНИЕ ОСНОВНОМУ УХОДУ ЗА ПАЦИНТОМ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ИНСУЛЬТА.....	14
2.1. Пациенто-ориентированные технологии при организации медицинской помощи	14
2.2. Изучение потребностей участников школы паллиативного ухода	27
2.3. Оценка уровней депрессии и апатии у лиц, осуществляющих долговременный уход.....	30
2.4. Оценка проблем специалистов сестринского дела по реализации обучения.....	32
2.5. Средства подачи информации	32
2.6. Медико-социальная эффективность образовательной среды пациента с последствиями инсульта.....	35
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	39
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ.....	41

ВВЕДЕНИЕ

В Государственной думе принят 323 федеральный закон – «О создании в России современной системы паллиативной помощи». В своем выступлении Нюта Федермессер, основатель Фонда Вера, обращаясь к депутатам сказала: «В стране в паллиативной помощи нуждаются почти один миллион 300 тысяч человек каждый год. Но на самом деле нуждаются в ней 18 миллионов каждый год. Потому что смерть – это не та часть жизни, где кроме нас самих никто больше не страдает. Вокруг нас семьи, родственники, близкие, друзья, соседи и около каждого умирающего или травмированным, или наоборот благодарным за то, что помощь была оказана бесплатно, качественно, что было не больно, не страшно и не унижительно. Рядом с каждым из нас будут люди, которые продолжат жить. По сути, как продолжат жить наши дети после того, как мы умрем. Будет им стыдно за то, что они не сумели помочь или будем им достаточно комфортно, потому что они сами не будут бояться собственной старости и немощи».

Инсульт – это значимая медицинская и социально – экономическая проблема. Около 30% людей перенесших инсульт страдают его осложнениями, почти всем пациентам требуется уход медицинского персонала и родственников в повседневной жизни. Нередко инсульт приводит к инвалидизации, чрезвычайно актуальным вопросом является эффективная постинсультная реабилитация и повседневный уход за пациентом.

Задача медицинской сестры информировать пациента и его близких о возможности реабилитации, о ее видах, и конечно обучить родственников уходу за больным. В понятие ухода входят: кормление, гигиена, перемещение пациентов и т.д.

Поэтому нами была выбрана тема: Создание образовательной среды для пациентов как один из аспектов профессиональной деятельности медицинской среды.

Цель исследования – оценить эффективность профессиональной деятельности медицинской сестры по обучению родственников пациентов нуждающихся в долговременном уходе.

Объект исследования - пациенты с последствиями инсульта и их родственники

Предмет исследования: профессиональной деятельности медицинской сестры по обучению родственников пациентов с последствиями инсульта.

Задачи исследования:

1. определить какие сложности испытывают родственники при уходе за пациентами с последствиями инсульта;
2. определить в каких источниках информации они нуждаются;
3. оценить уровни депрессии и апатии родственников, осуществляющих долговременный уход за пациентами с последствиями инсульта;
4. определить проблемы, возникающие в профессиональной деятельности медицинских сестер при обучении родственников пациентов с последствиями инсульта;
5. Описать наиболее доступные средства для подачи образовательной информации.

Методы исследования. Наблюдение за членами семей пациентов с последствиями инсульта. Анкетирование. Уровни депрессии оценивались по шкале Бека, уровни апатии - по шкале G. Starkstein et al. Обработка результатов проводилась с помощью одноименных он-лайн сервисов, представленных в сети Интернет. Анализ результатов проводился в электронных таблицах MS Excel.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ НЕОБХОДИМОСТИ СОЗДАНИЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ СРЕДЫ ДЛЯ ПАЦИЕНТА

Люди, сталкивающиеся с проблемой ухода за пациентами с последствиями инсульта, мало знают о ней, они не знают как вести себя дальше. Ведь после инсульта происходят важные изменения в организме, с которыми становится тяжело жить. Такие как:

1. Нарушение речевого общения с пациентом из-за наличия афатических или дизартрических расстройств (в том числе и понимания обращенной речи);
2. Нарушения когнитивных функций, снижающие мотивацию пациента к занятиям;
3. Сочетание ряда выраженных неврологических синдромов, значительно затрудняющих процесс восстановительного лечения;
4. Наличие депрессии у больного.
5. Нарушение работы опорно-двигательного аппарата.

1.1. Возможности реабилитации после инсульта

Уровень информированности пациентов о возможностях реабилитации очень низок.

Главной целью медицинского персонала является уход и обучения пациентов, а так же их родственников уходу в домашних условиях. Сюда входит: гигиена пациента, кормление, принятие правильных положение в постели, перемещение пациента и так далее. Важна интенсивная терапия и физическая реабилитация на дому, после выписки пациента, чтобы постараться вернуть его в полноценную самостоятельную жизнедеятельность.

Цель интенсивной терапии как одного из проявлений острой церебральной недостаточности в том, чтобы сохранить функциональное состояние центральной нервной системы, обеспечивающее автономное

полноценное существование пациента как социального, а не биологического объекта.

Сейчас создается множество школ паллиативного ухода, где люди могут обучиться уходу за тяжелобольными пациентами. У кого нет такой возможности, в интернете есть вся информация, так же можно посмотреть видео уроки.

Конкретные задачи определяются характером и топикой, но, в общем, могут быть сформулированы следующим образом:

- создание церебрального метаболического покоя до момента наступления устойчивой компенсации неврологического дефицита;
- обеспечение постоянного физиологического показателя, характеризующего уровень кровоснабжения головного мозга в пределах сохранения ауторегуляции (60-140 мм рт. ст.) при достаточном уровне сатурации (процентного отношения количества O₂ не ниже 91%);
- протезирование витальных функций (дыхания, кровообращения), необходимое для восстановления вегетативной автономности.

Медицинский работник играет главную роль в создании образовательной среды для пациентов и родственников. Для этого создаются школы паллиативного ухода, где подробно рассказывают и показывают, как перемещать пациента в постели, по квартире. Как следить за гигиеной больного. Какие существуют приспособления для облегчения его жизни и жизни ухаживающего за больным человека. Рассказывают о подготовке пациента к терапиям, которые помогут быстрее восстановиться, как они проходят и для чего они вообще нужны. Для более эффективного восстановления требуются многие манипуляции, например, кинезиотерапия, лечебный массаж, вибростимуляция.

1.2. Система долговременного ухода в России

Система долговременного ухода (СДУ) — это комплексная программа поддержки людей, которые по возрасту или состоянию здоровья зависят от посторонней помощи. Она является частью Национального проекта «Демография» и начала внедряться с 2018 года в шести областях России. В 2019 году количество регионов, подключившихся к работе, выросло до 21.

Инициатором создания системы долговременного ухода стал Благотворительный фонд «Старость в радость», сейчас работу в пилотном проекте он ведет совместно с фондом «Старшие». Другие стороны, участвующие в реализации проекта, — Минтруд РФ и Агентство стратегических инициатив.

К 2024 году система начнет действовать повсеместно. Ее суть – в трех составляющих.

1. Социальные службы сами находят людей, нуждающихся в помощи, а не ждут, пока человек напишет заявление в ЦСО (центр социального обслуживания).
2. С участием медиков они определяют, какая программа ухода нужна именно этому гражданину. Кому-то необходима сиделка на четыре часа в день и гигиенические процедуры, кому-то достаточно принести продукты и приготовить обед. А кто-то, возможно, страдает тяжелой деменцией и нуждается в круглосуточном присмотре.
3. О человеке заботятся обученные специалисты, которые видят в нем личность, а не «предмет ухода», считаются с его вкусами и желаниями, предоставляют выбор (например, что надеть и когда поесть).

«Смысл долговременного ухода не в уходе. Его смысл в том, чтобы человек компенсировал свои ограничения и имел достаточно высокое качество жизни», — по мнению Елены Ивановой, руководителя аналитического отдела Благотворительного фонда «Старость в радость» и фонда «Старшие», РГГУ.

Примерно так работает система ухода за пожилыми людьми в Германии, Франции, Испании, Израиле. Заимствовать конкретную зарубежную модель в России не собираются. Однако при поддержке Благотворительного фонда Елены и Геннадия Тимченко было организовано несколько выездов российских специалистов за границу, чтобы изучить, как работает эта система в других странах.

Эксперт направления «Методология долговременного ухода» БФ «Старшие» Тамара Портнягина считает, чтобы в России было «как в Европе» необходимы следующие специалисты:

- помощники по уходу (сиделки);
- узкие специалисты: медсестры, гериатры (врачи, занимающиеся проблемами старения и лечением болезней пожилых людей), специалисты по паллиативной помощи (врачи и медсестры, помогающие пациентам с неизлечимыми болезнями в терминальной стадии), социальные работники, психологи, педагоги, юристы, культорганы (библиотекари, руководители кружков), инструкторы по лечебной физкультуре и т.д.;
- социальные координаторы - менеджеры, которые организуют работу всех этих специалистов вокруг конкретного пожилого человека. Это новая профессия, для социальных координаторов пока еще даже не разработан профессиональный стандарт.

Для сиделок профстандарт принят, но федерального государственного образовательного стандарта (ФГОС) пока нет.

Врачей-гериатров и специалистов по паллиативной помощи начали готовить в России, но пока только в рамках повышения квалификации, или же в вариативной части обучения.

Пока нигде не обучают культоргов для организации досуга пожилых людей и людей с тяжелыми формами инвалидности.

Переподготовка понадобится большинству социальных работников и медицинских сестер, работающих с пожилыми людьми. Но пока лишь немногие вузы и колледжи могут предложить соответствующие программы.

Всего для СДУ необходимо обучить или повысить квалификацию около 100 тысяч сотрудников.

Правильно переучивать нужно еще и всех чиновников, имеющих отношение к организации социальной и медицинской помощи, директоров учреждений. Руководители должны знать концепцию долговременного ухода и понимать, как реализовать ее в своем регионе.

Наиболее масштабная задача – обучение специалистов по уходу (сиделок). Пока уходом занимаются или случайно нанятые люди, не имеющие никакой подготовки, или сотрудники, которые уже 20 лет проработали в условиях дефицита персонала.

В стационарах российской системы соцзащиты один специалист по уходу обслуживает, в среднем, 25 подопечных (в ближайшие годы соотношение доведут до одного к восьми). Это неправильное выполнение манипуляций и игнорирование множества функций. Например, на кормление проживающего в доме интернате, который не может есть сам, нормативные документы отводят 45 секунд.

Сиделок нужно учить правильному отношению к подопечным. По мнению директора благотворительного фонда «Старшие» Александра Шкробело «Клиент – это живой человек, который нуждается в тепле. С ним нужно общаться и помогать ему, а не просто переворачивать или мыть.

- Второе, чему нужно научить, - технологии. Правильно сменить подгузники – тоже проблема.

Третье – правильное общение внутри коллектива. Правильно общаться - это говорить на профессиональном языке со своими коллегами, заполнять правильные документы. Сейчас сотрудники даже не могут оперативно отыскать информацию о проживающем: чем он болеет и какие лекарства принимает».

Технологии ухода преподают в медицинских колледжах на первом – втором курсе. Но помощники по уходу – это не медсестры, они не получают такого образования. При переподготовке во главу угла следует поставить такие понятия, как «достоинство» и «функциональность», считает К.И. Прощаев,

заведующий кафедрой паллиативной помощи и долговременного ухода Академии постдипломного образования Федерального научно-клинического центра ФМБА.

Достоинство заключается не только в том, чтобы пожилой человек был обмыт, ухожен, накормлен. Он должен быть вовлечен в общество, иметь социальные связи, чувствовать себя нужным.

Функциональность – это возможности пожилого человека, в том числе связанные с состоянием его здоровья, способностью к передвижению, когнитивным статусом и т.п. Специалист по уходу должен уметь ориентироваться не на слабости клиента, а на его сильные стороны, учитывать его мнение, помогать ему использовать оставшиеся ресурсы.

В Академии постдипломного образования ФМБА уже есть шесть программ подготовки специалистов по долговременному уходу:

— три варианта 72-часового цикла «Основы долговременного ухода»: для сотрудников социальных служб без медицинского образования, для врачей лечебных специальностей и для среднего медперсонала;

— два варианта программы «Сиделка, помощник по уходу»: 252 часа для слушателей со средним общим образованием и 144 часа для специалистов со средним медицинским образованием;

— программа «Младший медицинский персонал» для людей с общим средним образованием, рассчитанная на 288 часов.

Социальный работник, который приходит на дом, должен первым заметить нарушения функциональности пожилого человека. Для этого ему дают инструментарий: как оценить когнитивные функции, мобильность, выявить синдром мальнутриции и др. Обучают, как с помощью немедицинских методов улучшить состояние клиента.

Социальным работникам объясняют, как оценивать безопасность среды и какие давать рекомендации по переоборудованию квартиры. Отогнувшийся угол ковра может снизить функциональность: человек споткнется и упадет, получит перелом.

Медицинских сестер обучают, в частности, методам комплексной гериатрической оценки, способам реабилитации и профилактики гериатрических синдромов.

Кроме того, слушателям предлагаются практические занятия по медицинскому патронажу, где они узнают о современных средствах ухода, методах предотвращения пролежней, перемещении немобильных людей и т.п.

Рынок образовательных услуг для людей, желающих стать помощниками по уходу, выглядит хаотично. «Стать сиделкой можно, проучившись от 2 до 800 часов. Однако большинство семинаров и тренингов – неофициальные, то есть подтвердить квалификацию выпускников никто не сможет. Проводить аттестацию или принимать экзамены может только учреждение, имеющее лицензию на образовательную деятельность.

Лицензии тоже недостаточно, чтобы гарантировать качество обучения. Пока нет ФГОС, нет и критериев, по которым можно оценивать учебные программы.

В профстандарте «Сиделка (помощник по уходу)» уже перечислены все функции, которые должны выполнять эти сотрудники. Поэтому, несмотря на отсутствие ФГОС, составлять программы и проводить обучение вполне возможно.

Пока нет ФГОС, технологиям ухода можно обучать в вариативной части программ вузов и колледжей. Вариативная часть может формироваться на уровне регионов, с учетом их специфики. Например, в таком формате готовят младший медицинский персонал в Красноярском медицинском университете и в одном из медицинских колледжей города.

В Москве бесплатные курсы подготовки младших медицинских сестер по уходу были организованы Учебным центром больницы святителя Алексия (лицензирован) совместно с Православной службой помощи «Милосердие». Первые 18 выпускниц получили свидетельства об окончании курсов и уже трудоустроены. Они прошли шестимесячное обучение по основам ухода за тяжелобольными людьми, анатомии, фармакологии, а также по духовным

принципам милосердия. Почти половина программы состояла из практических занятий.

Фонды «Старость в радость» и «Старшие» создают в каждом регионе «центр компетенций». В течение трех недель (144 часа) самые опытные специалисты по уходу из региона, будущие тренеры, обучаются в Москве. Преподаватели — эксперты фондов, институтов дополнительного образования, а также иностранные специалисты.

Затем тренеры возвращаются к себе в регион и там обучают работников домов престарелых, а также надомных служб при органах соцзащиты. Курс состоит из восьми циклов, которые включают семинары, практические занятия, проверку полученных знаний и навыков. Каждая сиделка обучается не менее трех месяцев (72 часа).

Сами тренеры при этом продолжают учиться дистанционно и каждые три месяца приезжают в Москву для консультаций. Кроме того, в течение года вся их преподавательская деятельность проходит под наблюдением экспертов: им высылают методические материалы, а работа фотофиксируется.

1.3. Образовательная среда для лиц, осуществляющих долговременный уход, в Белгородской области

В Белгородской области в 2017 году, еще до начала внедрения системы долговременного ухода, был реализован проект «Стратегия социальной службы в профилактике и реабилитации при деменции».

Для начала 540 сотрудников домов престарелых и ЦСО прослушали цикл лекций (6 часов) Светланы Гиршиной Горелик, профессора кафедры паллиативной помощи и долговременного ухода Академии постдипломного образования ФМБА, профессора Медицинского института НИУ «БелГУ». На ее лекциях слушатели узнали, что такое деменция, что такое нормальное инволютивное изменение головного мозга, которое приводит к доброкачественной старческой забывчивости.

Социальные работники получили алгоритм: как выявить когнитивную дисфункцию и как действовать, если нарушения будут обнаружены. Кроме того, их обучили немедикаментозным методам профилактики и лечения деменции.

Затем соцработники самостоятельно проводили скрининг своих клиентов, всего было проверено 3053 человека. У 24% когнитивные функции были полностью сохранены, у 22% обнаружили выраженные когнитивные расстройства, у остальных были легкие или умеренные когнитивные нарушения.

Те люди, у которых выявили когнитивный дефицит, прошли обследование у врачей. Многим из них была назначена медикаментозная терапия.

На следующем этапе проекта социальные работники проводили различные когнитивные упражнения со своими клиентами. Например, пожилому человеку предлагалось придумать до следующего визита социального работника нетривиальный ответ на вопрос «как дела».

В результате принятых мер в Белгородской области количество людей, чьи тесты указывали на деменцию, уменьшилось, а количество здоровых людей увеличилось примерно в 1,5 раза.

ГЛАВА 2. ОБУЧЕНИЕ ОСНОВНОМУ УХОДУ ЗА ПАЦИНТОМ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ИНСУЛЬТА

Последствия инсульта выражаются в ограничении физической активности. Пациенты после инсульта часто нуждаются в постороннем уходе. Меры ухода за ними имеют большое значение в успехе лечения и во всем процессе реабилитации. Правильно организованный уход, зачастую решает характер прохождения заболевания.

Уход на дому является продолжением ухода в стационаре. Решающая роль здесь принадлежит членам семьи пациента. Родственники сталкиваются с множеством незнакомых обязанностей при уходе за близким человеком, перенесшим инсульт. Это приводит к эмоциональным переживаниям, депрессии, апатии и внутрисемейным конфликтам.

2.1. Пациенто-ориентированные технологии при организации медицинской помощи

В Белгородской области реализуется проект «Внедрение пациенто-ориентированных технологий при организации медицинской помощи маломобильным больным на протяжении всей жизни» (Рис. 1). Школа паллиативного ухода, в работе которой мы принимали участие, является частью этого проекта. Она создана по инициативе Городской больницы №1, Медицинского института и Медицинского колледжа НИУ «БелГУ». Школа паллиативного ухода призвана помочь облегчить уход родственникам за близкими [4]. Первое занятие состоялось в Медицинском колледже с участием преподавателей сестринского дела и студентов 3 курса специальности «Сестринское дело».

Занятия в школе проводились с октября 2017 года один - два раза в месяц опытными преподавателями и специалистами в области оказания долговременной помощи пациентам с последствиями инсульта на базе невроло-



Рис. 1. Репортаж с первого занятия проекта «Внедрение пациенто-ориентированных технологий при организации медицинской помощи маломобильным больным на протяжении всей жизни»

гического отделения ОГБУЗ «Городская клиническая больница №1 г. Белгорода» (Рис. 2). На каждом занятии обучение родственников пациентов отделения проводили врачи: терапевт, геронтолог, невролог, кардиолог, диетолог; психолог, работники соцзащиты. Мы обучали практическим навыкам ухода. Таким образом, процесс работы школы предусматривал функциональное объединение усилий врачей различных профилей, медицинских сестер, психологов и социальных работников с целью предоставления единого медико-социального сервиса.

Такой подход позволяет предоставить весь комплекс услуг, которые в настоящее время разобщены при оказании медико-социальной помощи пациентам старшей возрастной группы с последствиями инсульта.

Программа школы разработана к.м.н. И.П. Пономаревой. Она включает:



Рис. 2. Репортаж с занятий в Школе паллиативного ухода на базе неврологического отделения

«1. Особенности ухода за больными с последствиями инсульта. Организация ухода на дому. Оценка состояния, проблемы лежачих больных.

2. Проблема пролежней при оказании паллиативной помощи. Особенности ухода и профилактика пролежней. Особенности ухода за лицами с последствиями инсульта.

3. Синдром мальнутриции: причины, классификация, диагностика. Нутритивная поддержка больных с синдромом мальнутриции. Зондовое питание.

4. Недержание мочи у больных в практике паллиативной помощи.

5. Нарушения стула. Немедикаментозная терапия и рациональная фармакотерапия при нарушениях стула.

6. Хроническая боль: диагностика, принципы лечения. Нелекарственные методы лечения боли. Особенности оценки боли у пожилых больных.

7. Ортопедические принципы и контроль положения тела. Падения в пожилом возрасте. Нарушения походки у пожилых: причины, диагностика, лечение. Особенности ухода за лежачими больными, принципы перемещения.

8. Когнитивная дисфункция у пожилых: особенности диагностики и ухода.

9. Особенности паллиативного ухода в терминальной стадии при неонкологических заболеваниях.

10. Понятие о старческой астении. Проблемы ухода и организация самообслуживания лиц пожилого и старческого возраста. Предметы, облегчающие быт» [9].

На семинарах самыми часто задаваемыми вопросами были: Как менять положение пациента в постели, как перемещать пациента по квартире, что нужно делать, чтобы избежать возникновение пролежней, возникали вопросы о правильном проведении гигиены пациенту и т.д.

Каждый семинар у нас было разное количество посетителей, не менее 20 человек. После каждого семинара люди были очень благодарны. Услышав несколько новых советов, у них решалось множество проблем.

Для предупреждения образования пролежней необходимо каждые 2 часа менять положение пациента: из положения «лежа на спине» перевести в положение «лежа на боку».

Для этого необходимо:

- согнуть левую ногу пациента в коленном суставе (если вы хотите повернуть пациента на правый бок), подсунув левую стопу в правую подколенную впадину;
- положить одну руку на бедро пациента, другую на его плечо;
- повернуть пациента на бок, на себя (таким образом, действие «рычага» на бедро облегчает поворачивание);
- подложить подушку под голову и тело пациента (таким образом, уменьшается боковой изгиб шеи и напряжение шейных мышц);
- придать обеим рукам пациента слегка согнутое положение, при этом рука, находящаяся сверху, лежит на уровне плеча и головы; рука, находящаяся снизу, лежит на подушке рядом с головой;
- подложить под спину пациента сложенную подушку, слегка подсунув ее под спину ровным краем, таким образом можно «удержат» пациента в положении «на боку»;

- поместить подушку от паховой области до стопы под слегка согнутую «верхнюю» ногу пациента, таким образом, осуществляется профилактика пролежней в области коленного сустава и лодыжек и предотвращается переразгибание ноги;

- обеспечить упор под углом 90° для нижней стопы, таким образом, обеспечивается тыльный сгиб стопы и предотвращается ее «провисание».

Из положения пациента «лежа на боку» легко перевести пациента в положение «лежа на животе». Для этого необходимо:

- убрать подушку из-под головы пациента;
- разогнуть руку пациента в локтевом суставе;
- прижать руку к туловищу по всей длине;
- подложив кисть пациента под бедро, «перевалить» пациента через его руку на живот;

- передвинуть тело пациента на середину кровати;
- повернуть голову пациента на бок и подложить под нее низкую подушку, таким образом, уменьшается сгибание или переразгибание шейных позвонков;

- подложить небольшую подушку под живот, чуть ниже уровня диафрагмы, таким образом, уменьшается переразгибание поясничных позвонков и напряжение в пояснице, кроме того, у женщин уменьшается давление на грудь;

- согнуть руки пациента в локтевых сгибах;
- поднять руки вверх так, чтобы кисти располагались рядом с головой;

- подложить под голени и голеностопные суставы подушку, чтобы предотвратить их провисание и поворот стопы наружу.

Из положения «лежа на животе» переведите пациента в положение Симса - промежуточное между положением «лежа на животе» и «лежа на боку»:

- убрать подушку из-под живота пациента;

- согнуть «верхнюю» ногу в коленном суставе;
- подложить подушку под согнутую «верхнюю» ногу так, чтобы голень ниже лежащей ноги оказалась на уровне нижней трети бедра, таким образом, предотвращается поворот бедра внутрь, предупреждается переразгибание конечности и осуществляется профилактика пролежней в области коленных суставов;
- подложить подушку под «верхнюю», согнутую в локтевом суставе, руку под углом 90°;
- разогнуть в локтевом суставе «нижнюю» руку и положить на постель, не сгибая, таким образом, сохраняется биомеханика тела пациента;
- обеспечить упор для стопы под углом 90°, таким образом, обеспечивается правильное тыльное сгибание стоп и предотвращается их провисание.

После укладки пациента в положение Симса, можно перевести его в положение «лежа на спине», для этого необходимо:

- убрать подушку из-под руки и коленного сустава пациента;
- руку выпрямить и уложить вдоль туловища;
- положить «верхнюю» ногу на «нижнюю»;
- выпрямить и прижать ладонью к бедру «нижнюю» руку пациента;
- приподнять часть туловища от себя и уложить пациента в положение «на боку»;
- помочь выпрямить «нижнюю» руку из-под туловища пациента;
- переместить пациента на спину;
- помочь пациенту лечь удобно на кровати: один человек подкладывает под шею и плечи пациента левое предплечье и кисть, другой рукой обхватывает пациента; другой помощник встает у нижней части туловища пациента и помещает руки под поясницу и бедро пациента;
- предложить пациенту согнуть ноги в коленях, не отрывая стоп от постели, согнуть шею, прижав подбородок к груди;

– предложить пациенту на счет «три» оттолкнуться пятками от постели и дать возможность помощникам приподнять туловище и передвинуть к изголовью кровати;

– поправить и подложить дополнительные подушки;

– поправить простыню;

– укрыть пациента.

Уложив пациента в любое из перечисленных положений, нужно убедиться, что он чувствует себя комфортно.

Как переложить пациента на носилки с кровати.

Установить носилки перпендикулярно кровати так, чтобы их головная часть подходила к ножной части кровати.

Подвести пациента под руки следующим образом: один человек должен подвести руки од лопатки и голову пациента, второй подводит руки под таз и верх бёдер, третий – под голень и среднюю часть бёдер. При осуществлении транспортировки двумя людьми, один должен подвести руки под лопатки и шею пациента, другой – под колени и поясницу.

Согласовав движения одновременно поднять больного, повернуться на 90 градусов к носилкам и уложить его на них.

Транспортировка пациента на носилках.

Пациента несут не спеша и без встрясок, шаг должен быть короткий, идти не в ногу.

По лестнице пациента следует спускать вперёд ногами, приподняв ножной конец носилок и опустив головной настолько, чтобы носилки были в горизонтальном положении. Идущий сзади несёт носилки на плечах, идущий впереди – на выпрямленных руках.

Вверх по лестнице пациента несут вперёд головой, так же соблюдается горизонтальное положение носилок. Идущий сзади несёт носилки на плечах, идущий впереди держит ручки носилок на руках, выпрямленных в локтях.

Перекладывание пациента с носилок на кровать.

Установить головной конец носилок перпендикулярно к ножному краю кровати. Параллельно кровати носилки нужно размещать, если мала площадь помещения.

Согласовав движения одновременно поднять пациента, повернуться с ним на 90 градусов в сторону кровати. В случае параллельной постановки носилок повернуться на 180 градусов. Уложить пациента на кровать.

Если носилки располагаются вплотную к кровати, то удерживая носилки на её уровне, вдвоём или втроём подтянуть пациента на простыне к краю носилок, немного приподнять его вверх и переложить на кровать.

Поднятие пациента спереди и ведение его с поддержкой сзади. Если у пациента односторонний паралич, сиделка может действовать одна. Осуществляется следующее:

- подойти к больному спереди, к здоровой стороне тела;
- поставить свои ступни перед ступнями больного. Чтобы предотвратить скольжение пациента, пятки нужно соединить под острым углом;
- взять пациента обеими руками подмышки;
- медленно подтянуть его вверх;
- разомкнуть ступни, когда пациент твёрдо станет на ногах;
- поменять руки;
- поменять положение, подойдя к больному сзади;
- взять его при помощи «обезьяньего захвата» сзади;
- пациент делает шаг здоровой ногой;
- сиделка подталкивает своей ногой его обездвиженную ногу.

Поднятие пациента сбоку и его ведение с поддержкой сбоку. Если у пациента односторонний паралич, сиделка может действовать одна. Осуществляется следующее:

- подойти к пациенту с не парализованной стороны;
- перед здоровой ногой пациента поставить свою ногу вкось для предотвращения скольжения;

- с не парализованной стороны взять пациента подмышку одной рукой;
- с помощью другой руки обхватить спину пациента и просунуть сзади подмышку руку;
- осторожно поднять пациента со стула и помочь ему выпрямиться;
- убедившись, что пациент уверенно стоит, убрать ногу;
- другой ногой отодвинуть стул от больного;
- руку, удерживающую пациента подмышку со здоровой стороны, убрать. Зайти к больному сзади;
- поддерживать пациента подмышки двумя руками;
- попросить его сделать шаг вперёд здоровой ногой;
- сиделка подталкивает своей ногой его обездвиженную ногу;
- продолжая движение таким способом, подвести пациента к кровати или стулу.

Усаживание пациента в кресло-каталку. Для безопасности объяснить больному предстоящие действия. Поставить кресло-каталку к кровати. Слегка наклонить кресло вперёд, нажимая на подставку для ног. Пациента просят встать на подставку для ног и усаживают, поддерживая. При невозможности пациента встать, его перемещает помощник. Вернуть кресло-каталку в исходное положение. Придать нужное положение (полулёжа или сидя) пациенту. Используем рамку, которая находится за спиной кресла-каталки. Проследить положение рук пациента. Чтобы избежать травмы, руки не должны выходить за подлокотники.

Кормление тяжелобольного пациента. Помочь пациенту принять полусидящее, удобное положение в постели, подложив дополнительную подушку. Вымыть руки. Приготовить прикроватную тумбочку. Дать пациенту время для подготовки к приему пищи.

Шею и грудь пациента накрыть салфеткой. Блюда с горячей пищей необходимо проверить, капнув себе на запястье несколько капель.

Накормить тяжелобольного, часто страдающего отсутствием аппетита, непросто. Требуются в подобных случаях умение и терпение. Для приема жидкой пищи пользуются специальным поильником (можно использовать заварной чайник небольшого объема). Полужидкую пищу дают пациенту ложкой.

С пациентом необходимо еще до кормления обсудить, в какой последовательности он будет принимать пищу. Попросить пациента не разговаривать во время приема пищи, так как при разговоре пища может попасть в дыхательные пути.

Не следует настаивать, чтобы пациент съел весь объем приготовленной вами пищи. После небольшого перерыва, подогрев пищу, продолжить кормление.

Кормление тяжелобольного пациента ложкой и с помощью поильника. Предупредить пациента за 15 минут о приеме пищи, получить его согласие. Проветрить помещение. Приготовить прикроватный столик. Приподнять головной край кровати (подложить под голову и спину дополнительную подушку), Помочь пациенту вымыть руки. Прикрыть грудь пациента салфеткой. Вымыть руки. Принести пациенту пищу (температура горячих блюд - 50°C). Кормить медленно: называть каждое блюдо, предлагаемое пациенту; наполнить на 2/3 ложку мягкой пищей; коснуться ложкой нижней губы, чтобы пациент открыл рот; прикоснуться ложкой к языку, оставив пищу в полости рта; извлечь пустую ложку; дать время прожевать и проглотить пищу; предложить питье после нескольких ложек мягкой пищи; приложить «носик» поильника к нижней губе; вливать питье небольшими порциями. Вытирать (при необходимости) губы пациента салфеткой. Предложить пациенту прополоскать рот водой из поильника после приема пищи. Убрать после еды из комнаты пациента посуду и остатки пищи. Убрать дополнительную подушку и придать пациенту удобное положение. Для пациента желательно выделить индивидуальную посуду, которую после кормления очищают от остатков пищи и моют обезжиривающим средством, затем проводят дезинфекцию.

Если больному приходится долго соблюдать строгий постельный режим, особое внимание следует уделить его туалету.

Прежде всего умывание. Если больной в силах приподняться, то его лицо обмывают над тазиком; если не может двигаться, то протирают влажным ватным тампоном или куском марли и вытирают сухим полотенцем. В тех случаях, когда пользуются водой не из водопровода, ее лучше предварительно прокипятить: у ослабленного болезнью человека намного снижены защитные силы организма.

Необходимо систематически ухаживать за полостью рта. Утром после сна, после каждого приема пищи и вечером перед сном следует протирать язык и зубы больного. Для этого нужно намотать на шпатель или ручку чайной ложки вату и смочить ее в растворе борной кислоты (одна столовая ложка на литр теплой воды), или пищевой соды (чайная ложка на стакан теплой воды), или в бледно-розовом растворе марганцовокислого калия. А затем, если больной может, пусть хорошо прополоснет рот.

Можно проводить туалет полости рта с помощью резиновой груши, предварительно прокипятив ее. В грушу набирают какой-либо дезинфицирующий раствор (слабые растворы марганцовокислого калия, риванола, фурацилина), понемногу вводят его в рот, давая возможность больному сплевывать в тазик или специальный лоток. Затем внутреннюю поверхность щек и десен, зубы и язык протирают влажной марлевой салфеткой, смочив ее в растворе пищевой соды или буры (половину или четверть чайной ложки на стакан теплой кипяченой воды). Если больной жалуется на сухость во рту, в растворы соды и буры можно добавить неполную столовую ложку глицерина.

Зубные протезы на ночь следует снимать. Тщательно промывать их под струей теплой воды и хранить в стакане с кипяченой водой, чтобы протезы не деформировались.

Ежедневно необходимо прочищать нос. Чтобы удалить образовавшиеся корочки, запрокиньте больному голову, вводят в ноздри турундочки,

смоченные глицерином или вазелиновым маслом, оставляют их на две-три минуты, а затем, осторожно вращая, извлекают.

Веки и ресницы промывают двухпроцентным теплым раствором борной кислоты, осторожно проводя слегка отжатым ватным тампоном по сомкнутым векам от наружного угла глаза к внутреннему. Чтобы приготовить двухпроцентный раствор, надо развести чайную ложку порошка в стакане теплой кипяченой воды. Каждый глаз промывают отдельным тампоном.

Волосы рекомендуется коротко остричь. Длинные волосы быстрее салятся и загрязняются, путаются, образуя клубок, их труднее расчесать. Расчесывать волосы надо ежедневно, смачивая расческу в растворе уксуса такой же концентрации, как для протирания тела.

Мыть голову пациента следует каждые 7-10 дней, используя шампуни или мыло «Косметическое», «Экстра», «Детское». Для этого следует немного сдвинуть больного к ножному краю кровати, согнув его ноги в коленях, а верхний край застелить клеенкой. Приподняв больного за плечи, подложить под них валик из подушки или одеяла, прикрытых клеенкой, а сверху простыней или пеленкой. Тазик с теплой водой поставить на клеенку под запрокинутую голову. Во время намыливания тщательно массировать кожу под волосами, затем ополоснуть теплой водой, вытереть насухо полотенцем и расчесать. Влажные волосы до полного высыхания следует покрыть полотенцем или косынкой.

Значительно сложнее следить за чистотой тела. Через день или два раза в неделю, в зависимости от самочувствия больного, протирать все тело влажным полотенцем, смоченным освежающим и дезинфицирующим раствором (на литр теплой воды две столовые ложки уксуса или одеколona), а затем вытереть насухо. Делать это надо поэтапно, чтобы больной не охлаждался. Сняв рубашку, сначала протереть шею и за ушами, затем поочередно руки от плеч до кистей. Повернув больного на бок, обтираем спину, а в положении лежа на спине - бока, подмышечные впадины, грудь. Затем надеть рубашку и протереть ягодицы, живот, бедра. Особое внимание следует обратить на подмышечные

впадины, складки в паховых областях и между ягодицами, а у женщин — под молочными железами. В этих местах у тучных больных могут появиться опрелости.

Ноги моют один-два раза в неделю губкой или мягкой мочалкой с мылом. Для этого нужно поставить тазик с теплой водой на подкладную клеенку в постель и, согнув ноги больного в коленях, погрузить ступни в воду. После мытья кожу подошв смазывают смягчающим кремом или кремом для ног. Периодически следует остригать коротко ногти.

Подмывать больного каждый раз после стула и мочеиспускания теплым бледно-розовым раствором марганцовокислого калия. Для этого в положении больного на спине согнуть его ноги в коленях, развести в бедрах и подложить под ягодицы подкладное судно. Поливая из кувшина на промежность, обмывают ее ватным тампоном в направлении от половых органов к заднему проходу. Затем в том же направлении протирают сухим тампоном или мягкой салфеткой и смазывают паховые складки и промежность вазелиновым маслом, чтобы предупредить появление опрелости.

Не реже раза в неделю больного надо мыть теплой водой с мылом.

Подложив под простыню клеенку, приготовить для мытья два таза с водой, подогретой до 38—40 градусов. В одном намыливают губку, в другом ее ополаскивают. Сначала моют, вытирают и сразу тепло укрывают грудь больного, потом спину, далее, по очереди - руки и ноги. Вытирать лучше чуть жестковатым полотенцем. Это действует как легкий массаж кожи. В зимнее время, особенно если в комнате не очень тепло, полотенце рекомендуется согреть.

Как бы осторожно родственники не мыли больного, все равно пододеяльник и простыня окажутся мокрыми. Их надо обязательно сменить, тщательно расправить складки на постели. Меняют и нательное белье.

Если больной длительное время лежит на спине, есть опасность образования пролежней, чаще всего на крестце, реже - на лопатках, локтевых суставах, пятках. Вначале обычно появляется болезненная краснота кожи. Для

предотвращения пролежней, если врач разрешает, надо поворачивать больного, а покрасневшие пятна на коже два-три раза в сутки протирать камфорным спиртом, одеколоном или раствором столового уксуса (две столовые ложки на литр воды). Если поворачивать больного нельзя, подкладывают под крестец надувной резиновый круг с надетой на него чистой наволочкой (очень эффективный прием, удается добиться заживления довольно глубоких пролежней) или резиновое судно, под лопатки, локти и пятки - небольшие кружки (в виде баранок) из ваты и марли.

В комнате, где лежит больной, должно быть чисто и хорошо проветрено. Уборку полагается проводить только влажным способом.

Такие рекомендации получали слушатели наших занятий. Обучаясь на 2 курсе, мы приняли участие в качестве статистов, в подготовке обучающих видеороликов с перечисленными выше приемами ухода. По средством вайбер и вотсап эти ролики мы раздавали родственникам, которые приходили на наши занятия в школе паллиативного ухода.

2.2. Изучение потребностей участников школы паллиативного ухода

При проведении исследования мы наблюдали за группой из 120 человек в возрасте 53-89 лет, средний возраст которых составил 74 года, находившихся на лечении в неврологическом отделении после инсульта. В нашем исследовании приняли участие члены их семей, осуществлявшие уход за своими родственниками (n=120), средний возраст составлял 43,2 года.

Для определения основных потребностей родственников пациентов в обучении навыкам ухода за больными близкими, было проведено анкетирование. Изучая потребности родственников пациентов с последствиями ишемического инсульта мы выяснили, что они нуждаются в обучении навыкам ухода, представленным на Рис. 3. Чаще всего родственники нуждаются в обучении навыкам перемещения больного – 95% ; смене положения больного и уходу за полостью рта – 80%.



Рис. 3. Потребности родственников пациентов в обучении навыкам ухода за больными близкими

Более половины опрошенных нуждаются в обучении уходу за ушами. Обучению уходу за глазами, умыванию, поворотам пациента в постели нуждаются от 30 до 45% родственников пациентов. Обучению профилактике пролежней и навыкам смены постельного белья нуждаются 15 и 25% респондентов соответственно.

Кроме трудностей ухода, у родственников пациентов возникают различные проблемы немедицинского характера (

Рис. 4). При перемещении больных, родственники часто получают травмы. Если не соблюдать принципы эргономики при перемещении больного, то возможны травмы спины, коленей, растяжения связок суставов. Исходя из результатов опроса, вариант ухудшение собственного здоровья выбрали 30%. Познакомившись с приемами безопасного для собственного здоровья перемещения пациентов, родственники очень эмоционально нас благодарили и удивлялись, что это можно делать легко. Возникают и психологический

проблемы 55%, семейные 25%, бытовые, в повседневной жизни 50% и материальные 55%.

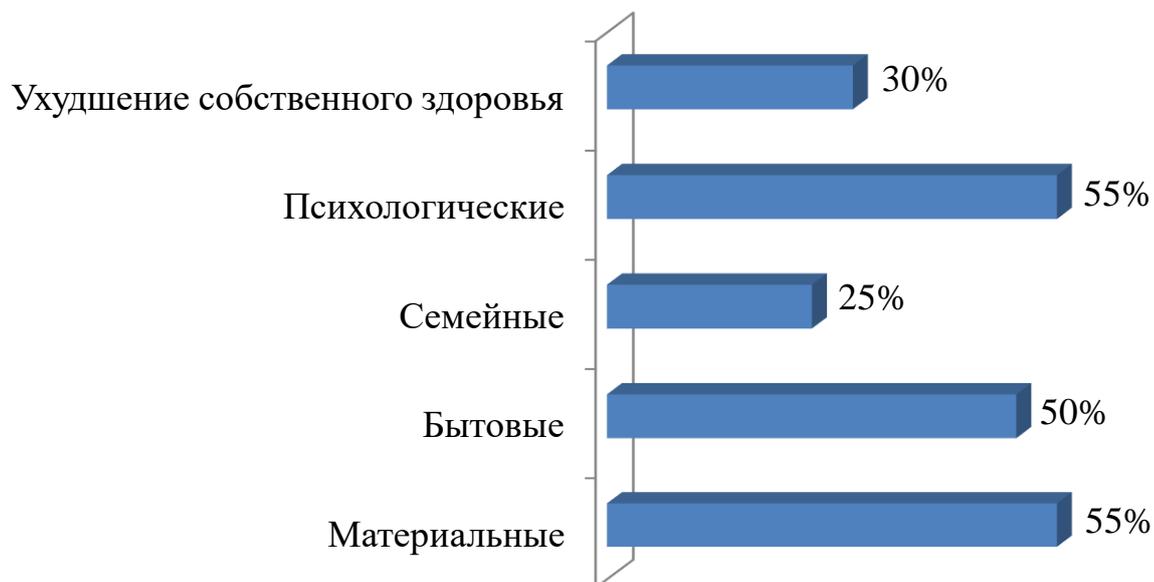


Рис. 4. Проблемы немедицинского характера, возникающие у родственников при уходе

При опросе мы выяснили, что 87,5% родственников пациентов испытывают дефицит информации касающейся ухода за больными.

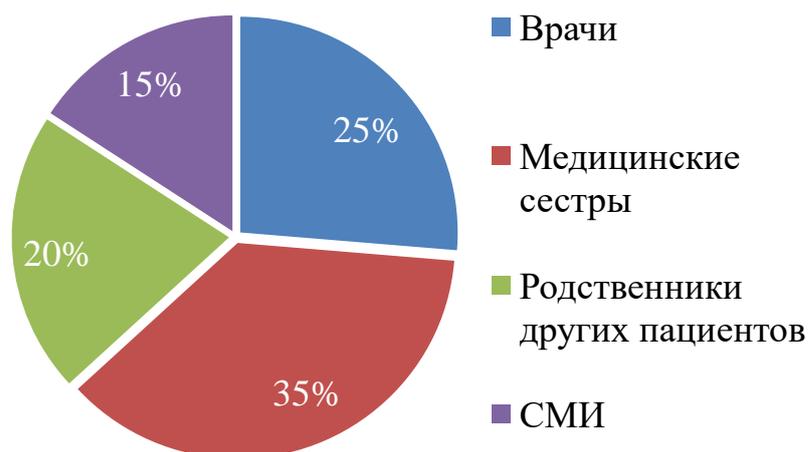


Рис. 5. Источники информации по уходу для родственников пациентов

Родственникам пациентов предлагалось выделить наиболее важный источник информации, касающейся ухода за больными: в 25% случаев это

были врачи, в 35% медицинские сестры, 20% родственники других пациентов с подобной медицинской проблемой и 15% СМИ. Опрос выявил, что ведущим источником знаний по уходу для родственников пациентов является именно медицинская сестра (Рис. 5).

2.3. Оценка уровней депрессии и апатии у лиц, осуществляющих долговременный уход

Оценки уровней депрессии членов семьи пациентов после инсульта мы проводили по шкале Бека, состоящей из 21 вопроса. Данный тест предназначен для определения наличия депрессии, и ее уровня, если она есть.

Ответы пациентов мы вносили в программу онлайн версии шкалы Бека (<https://wikigrowth.ru/tests/test-depressii-beka/>).

77% родственников пациентов с последствиями инсульта имели высокую степень депрессии 16 и более баллов, у 20% - установлена средняя степень депрессии, у 3 % - легкая степень депрессии. Средний уровень депрессии составил 17 баллов (Рис. 6).

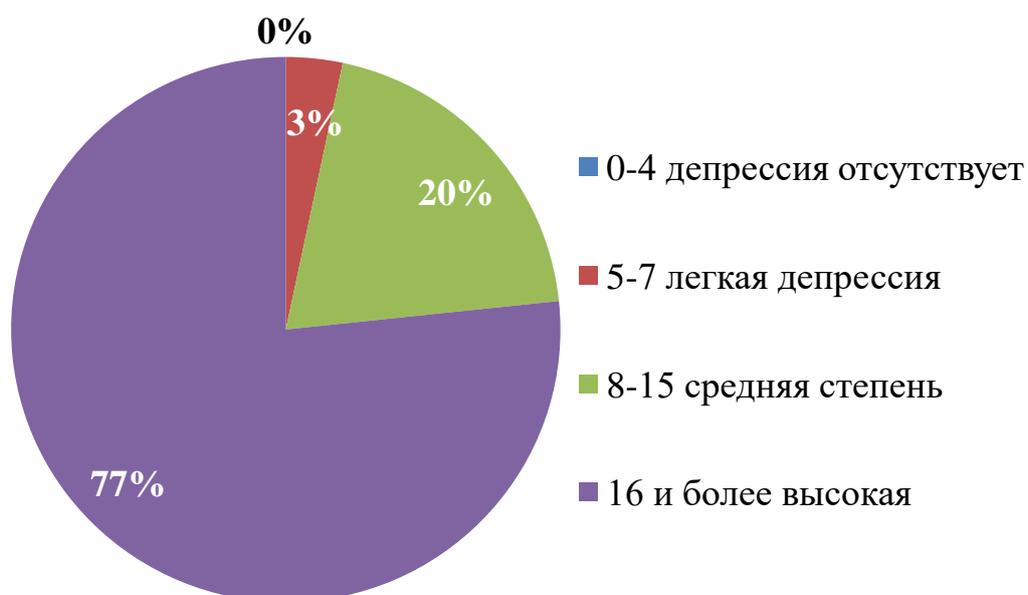


Рис. 6. Уровни депрессии родственников пациентов, осуществляющих долговременный уход

Уровень апатии определяли по шкале G. Starkstein et al. (1990) [9].

Апатия - характерное для многих пациентов состояние безразличия, равнодушия, неспособности к эмоциональной реакции. В таком состоянии пациент отказывается от общения с окружающими и от совместной деятельности с ними. Апатия отрицательно влияет на повседневную активность, снижает качество жизни всей семьи. Если наступает сложный период в жизни, который человек не может эмоционально прореагировать, то психика уже изначально может снизить уровень чувствительности, чтобы избежать перегорания. Даже если ситуация прошла, человек может ещё некоторое время находиться в апатии.

Интерпретация результатов тестирования:

0-13 баллов – апатия отсутствует

Более 14 баллов – клинически значимая апатия

Ответы пациентов мы вносили в программу онлайн версии шкалы апатии (<https://memini.ru/tests/31636>).

У 70% родственников пациентов с последствиями инсульта установлена клинически значимая апатия – более 14 баллов. Отсутствие апатии установлено у 30% родственников пациентов с последствиями инсульта. Средний уровень апатии составил 16,2 балла (Рис. 7).

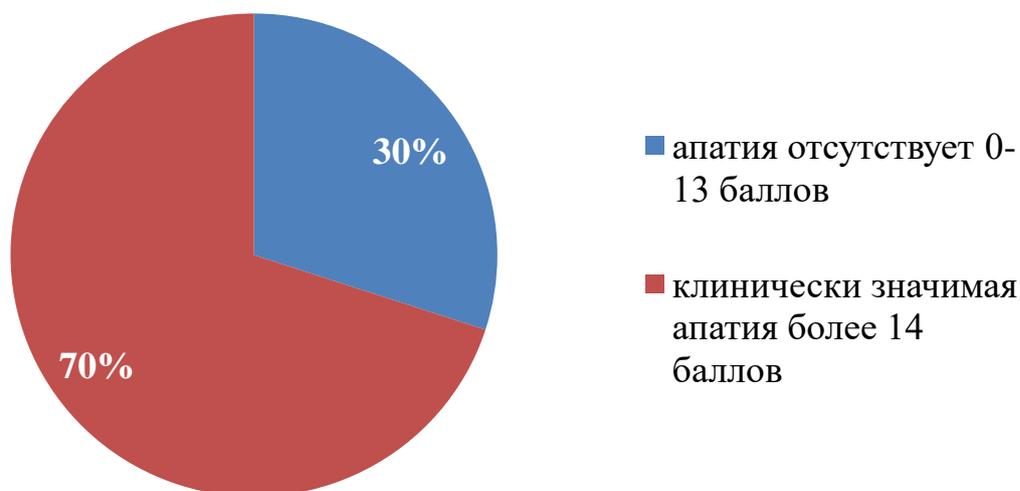


Рис. 7. Уровни апатии родственников пациентов

Оценка по шкале Бека и по шкале G. Starkstein et al. (1990) проводилась перед началом семинаров, когда у пациентов и их родственников знаний практически нет и после их окончания.

2.4. Оценка проблем специалистов сестринского дела по реализации обучения

Задачи медицинских сестер неврологического отделения состоят в объективной оценке повседневной инструментальной и базисной активности пациента и предоставлении услуг по уходу и консультированию пациентов и их родственников в выполнении простых медицинских манипуляций по уходу и самоуходу.

Среди трудностей, возникающих у практикующих медицинских сестер мы путем опроса выявили временной фактор, отсутствие помещения для занятий, проблемы оповещения и сбора родственников для занятий.

2.5. Средства подачи информации

После выписки из стационара, в процессе длительного ухода на дому у родственников тяжелобольных и маломобильных пациентов вопросы возникают ежедневно. Не всегда есть возможность получить на них квалифицированный ответ, совет, обучиться тому или иному навыку непосредственно в момент возникновения потребности. С целью информационно-образовательной поддержки таких людей была создана виртуальная школа паллиативного ухода. Здесь публикуются материалы, содержащие ответы на самые трудные вопросы, с решением которых приходится сталкиваться лицам, осуществляющим уход каждый день.

Школа существует на официальных сайтах Областное государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская поликлиника г.

Белгорода» (Поликлиническое отделение №1) в разделе «О Клинике», режим доступа: <http://mgkb1.belzdrav.ru/about/shkola-pall/sp.php>.

Студентами сняты 10 обучающих уходу видеороликов, длительностью до 3 мин. Данные видеоматериалы опубликованы на видео хостинге YouTube, а ссылки на них даны в материалах школы. В этой работе мы принимали участие в качестве статистов, будучи студентами 2 курса.

The screenshot shows the website interface for the 'Школа паллиативного ухода' (School of Palliative Care). At the top, there is a header with the logo of the institution, contact information (+7 (4722) 26-09-53), and address (308000, г.Белгород, пр-т Белгородский, 99). Below the header is a green navigation bar with links: ГЛАВНАЯ, ОТДЕЛЕНИЯ, О КЛИНИКЕ, УСЛУГИ, ИНФОРМАЦИЯ, ОБРАТНАЯ СВЯЗЬ, ВОПРОС-ОТВЕТ, ВАКАНСИИ, КОНТАКТЫ, WEB-CAMERA. The main content area has a sidebar on the left with a menu of links, including 'Школа паллиативного ухода' which is highlighted. The main content area features a banner with the text 'Школа паллиативного ухода' and a list of training videos under the heading 'Обучающие видеоролики по уходу за больными'. The list includes: Уход за глазами, Уход за полостью рта, Уход за ушами, Умывание пациента, Пролежни и их профилактика, Мытье пациента в постели, Положение больного в постели, виды укладок, Перемещение пациента с помощью вспомогательных средств, Смена постельного белья, Повороты и средства эргономики.

Рис. 8. Обучающие видеоролики по уходу за больными в Школе паллиативного ухода

Посещаемость официальных сайтов значительно меньше, чем социальных сетей, поэтому студенты создали страницы Школы паллиативного ухода в социальных сетях. С 2017 года школа паллиативного ухода существует в Одноклассниках (Рис. 9) и Вконтакте. Отчеты с занятий с приложением фото и видеоматериалов доступны посетителям в любое удобное для них время.

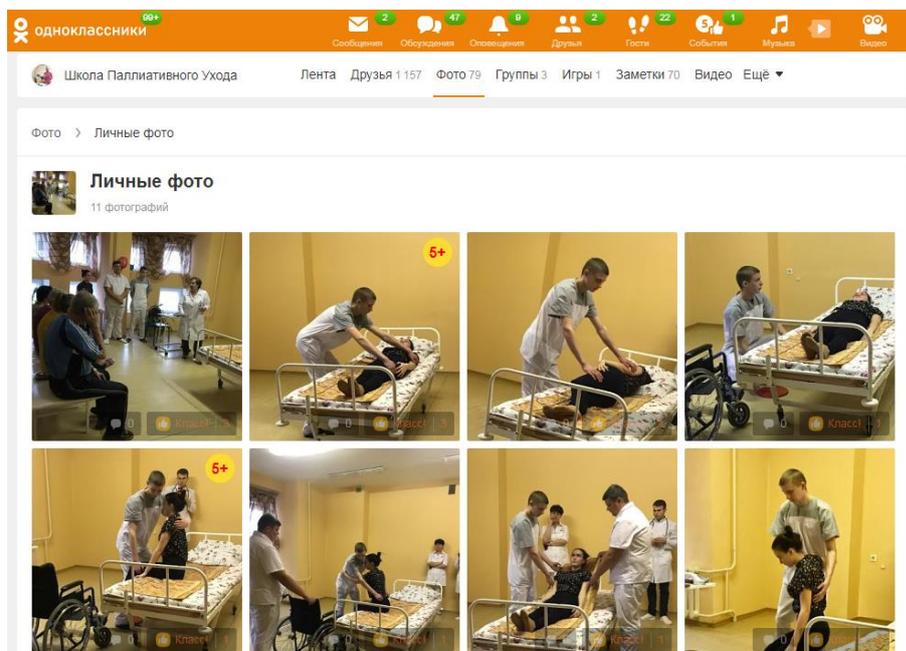


Рис. 9. Средства подачи информации о школе паллиативного ухода в социальных сетях

На основании опросов посетителей о необходимых им навыках ухода, публикуются рекомендации специалистов по паллиативной помощи, врачей, преподавателей сестринского дела. Даются ответы и на личные обращения.

С помощью страниц Школы в социальных сетях легко информировать посетителей о предстоящих мероприятиях (Рис. 10).

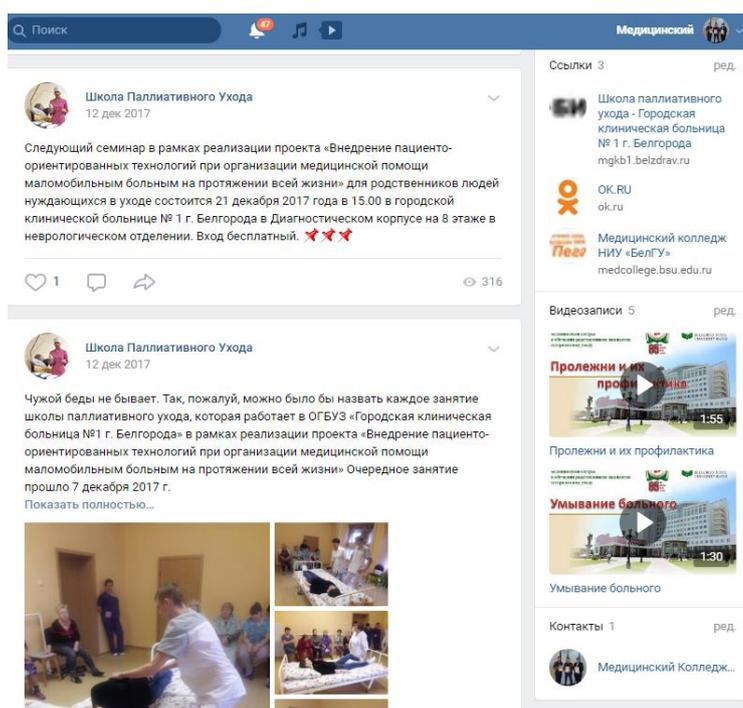


Рис. 10. Пример информирования родственников людей, нуждающихся в уходе

2.6. Медико-социальная эффективность образовательной среды пациента с последствиями инсульта

После каждого семинара родственники пациентов очень эмоционально благодарили нас за полученные практические навыки по уходу за пациентами. Таким образом, можно сделать вывод, что уровни депрессии и апатии у слушателей школы снижались после каждого занятия. В пользу этого утверждения говорит так же тот факт, что многие родственники интересовались школой и приходили на занятия, даже после выписки родственника из стационара.

По завершению всех семинаров школы паллиативного ухода за пациентами с последствиями инсульта, мы вновь оценили уровень апатии и депрессии у родственников, используя те же методики (шкалу Бека и G. Starkstein et al.).

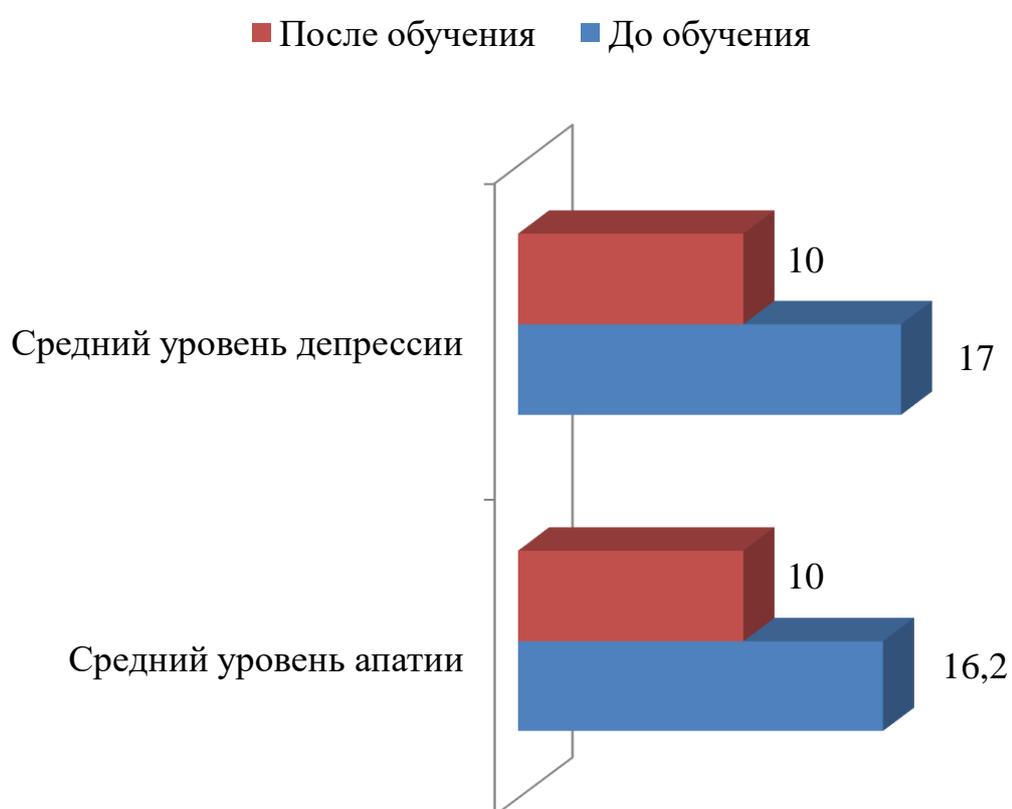


Рис. 11. Сравнительный анализ уровней депрессии и апатии родственников пациентов до и после обучения в школе паллиативного ухода

Результаты исследования показали снижение степени выраженности депрессии у родственников в 1,7 раза: до начала обучения было— 17 баллов, после — 10 баллов.

Кроме того снизилась степень апатии по шкале G. Starkstein et al. (1990) у родственников в процессе выполнения ими действий по уходу до обучения и после. Нами получены следующие данные: до обучения — 16,2 балла, после внедрения — 10 баллов. Снижение уровня апатии в 1,6 раза.

Для оценки эффективности обучения мы провели опрос, в котором попросили родственников пациентов, прошедших обучение ответить, какие навыки по-прежнему вызывают затруднение при ежедневном осуществлении ухода за близким человеком.



Рис. 12. Сравнительный анализ трудностей родственников пациентов, осуществляющих уход до и после обучения в школе паллиативного ухода

Как видно из диаграммы, представленной на Рис. 12, произошло снижение трудностей в уходе по всем показателям.

Также для оценки эффективности обучения, мы снова провели опрос, в котором родственники пациентов прошедшие обучение, ответили, как изменились проблемы немедицинского характера. Сравнительный анализ представлен на Рис. 13.

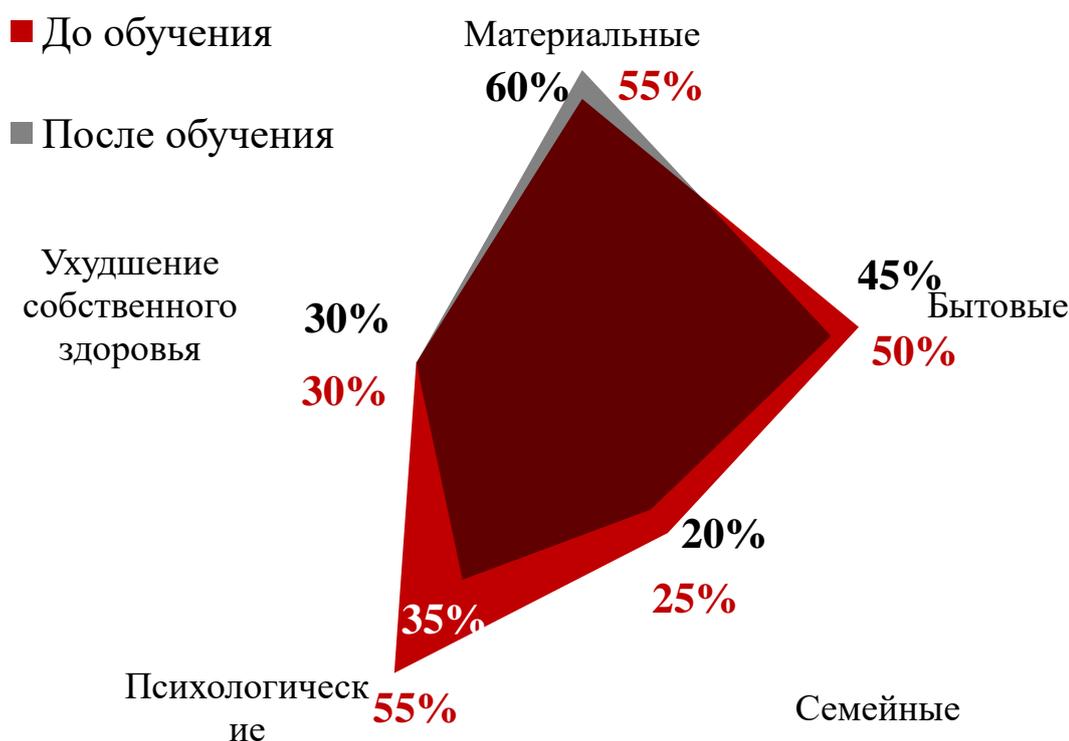


Рис. 13. Изменение проблем немедицинского характера

После обучения у родственников пациентов изменился приоритет источников получения информации по уходу. Респонденты, прошедшие обучение по прежнему ведущую роль отводят медицинским сестрам и врачам как наиболее достоверному источнику информации в сумме 70%. Выросло доверие к Школе паллиативного ухода в интернете по сравнению с таким источником информации как «СМИ (включая интернет)» на 5%. Источник информации «родственники других пациентов» на 10% снизился.

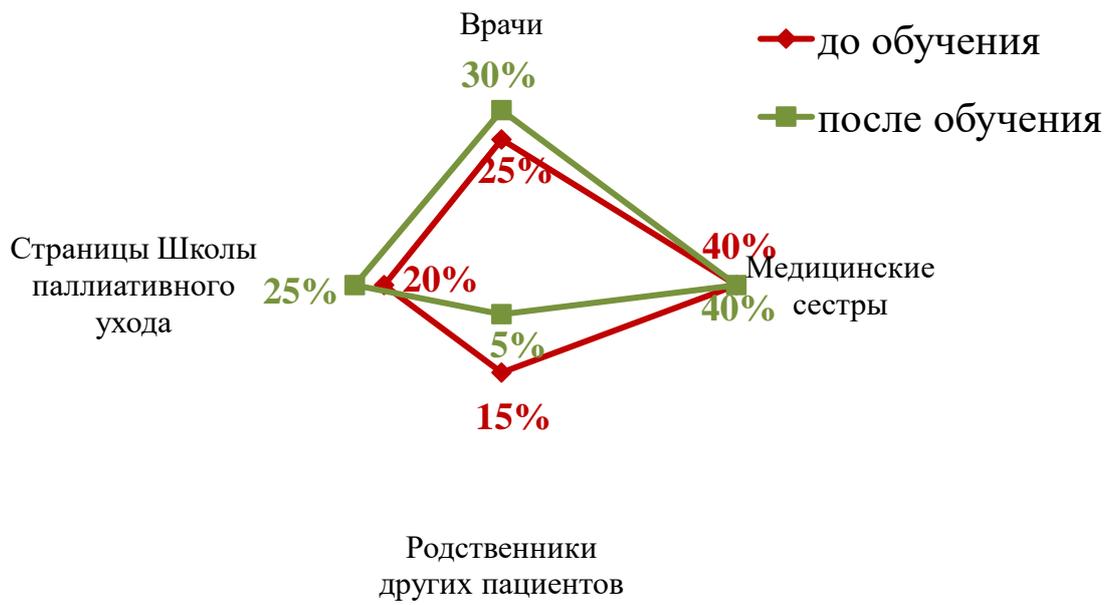


Рис. 14. Сравнительный анализ источников информации по уходу для родственников пациентов

Экономическая эффективность. В беседах участники Школы паллиативного ухода отмечали на снижение расходов на уход за больными.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Изучив теоретические предпосылки создания образовательной среды для пациентов и их родственников, мы установили, что в России с 2018 года внедряется система долговременного ухода, как часть национального проекта «Демография». Система долговременного ухода требует следующих специалистов: помощники по уходу (сиделки), специалисты по паллиативной помощи, социальные работники, культорги, социальные координаторы. Для многих из них в настоящее время нет федерального государственного образовательного стандарта (ФГОС). Роль сиделки в настоящий момент выполняют родственники пациентов, которые не имеют специального медицинского образования. Поэтому одним из аспектов профессиональной деятельности медицинской сестры является создание образовательной среды, как для пациентов, так и для родственников. При обучении пациентов и их родственников, необходимо особое внимание обращать на достоинство и функциональность пациента. Достоинство заключается в том, чтобы пожилой человек был вовлечен в общество, в семью, чувствовал себя нужным и, разумеется, был накормлен и ухожен. Функциональность пожилого человека, это способность к передвижению и когнитивный статус. Медицинская сестра должна ориентировать пациентов не на слабости, а на их сильные стороны, помогать им использовать сохранившиеся ресурсы. Подобную образовательную среду представляет собой «Школа паллиативного ухода», которая действовала в неврологическом отделении ОГБУЗ «Городская клиническая больница №1 г. Белгорода» в 2017-2018 году.

Оценив эффективность профессиональной деятельности медицинской среды в представленной образовательной среде, мы пришли к следующим выводам:

- сравнительный анализ навыков ухода родственников пациентов до и после обучения показал, что наблюдается снижение трудностей в уходе за близким человеком в среднем на 25%;

- сравнительный анализ проблем немедицинского характера родственников, осуществляющих долговременный уход, показал уменьшение их на 5%;
- результаты исследования показали снижение степени выраженности депрессии в 1,7 раза (по шкале Бека) и снижение степени апатии (по шкале G. Starkstein) в 1,6 раза у родственников в процессе выполнения ими действий по уходу;
- выросло доверие к страницам Школы паллиативного ухода в интернете по сравнению с другими источниками СМИ и интернет на 5%.

Как следствие наблюдалось улучшение показателей эмоционального, ролевого функционирования, жизненной активности пациентов после инсульта.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ

1. Восстановление и реабилитация после инсульта в домашних условиях [Электронный ресурс] / Вести. Медицина – Режим доступа: <https://med.vesti.ru/articles/polezno-znat/vosstanovlenie-i-reabilitatsiya-posle-insulta-v-domashnih-usloviyah/>
2. Выговская, О.Н. Особенности ухода за больными после инсульта: [Электронный ресурс] : Учебное пособие. / О.Н. Выговская. – Новосибирск : Православная гимназия во имя Преподобного Сергия Радонежского, 2016. – Режим доступа: <http://dzo44.ru/upload/files/ins.pdf>.
3. Гайнутдинова, Е.А. Технологии телемедицины в профессиональной деятельности медицинской сестры при обучении родственников пациентов сестринскому уходу [Текст] / Гайнутдинова Е.А., н. рук. Олейниц Э.В. // – Вестник СНО: сборник студенческих научных работ. – Белгород: ИД «Белгород» НИУ «БелГУ», 2017. – С. 155-159.
4. Кадыков, А.С. Жизнь после инсульта:[Текст]: Популярное практическое руководство по реабилитации больных, перенесших инсульт / Кадыков А.С., Черникова Л.А., Шведков В.В. – Воронеж: Миклош, 2015. 46 с.
5. Новикова, Л.Б. Церебральный инсульт: нейровизуализация в диагностике и оценке эффективности различных методов лечения. Атлас исследований [Электронный ресурс] / Новикова Л.Б., Сайфуллина Э.И., Скоромец А.А. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 152 с. - ISBN 978-5-9704-2187-1 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970421871.html>
6. Общественное здоровье и здравоохранение: Учебник для студентов мед. Вузов / Под ред. В.А. Миняева, Н.И. Вишнякова. 4-е изд. М.: МЕДпресс-информ, 2012. С. 340 - 363. (ищи более свежий год в Консультанте студента)
7. Пономарева, И. П. Паллиативная помощь в гериатрии: современные проблемы и перспективы развития [Электронный ресурс] / И. П. Пономарева, К. И. Прощаев // Архив внутренней медицины – 2016. - Т.6, № 16,– Режим доступа: <https://doi.org/10.20514/2226-6704-2016-6-6-38-41>

8. Пономарева, И. П. Школа паллиативного ухода как часть единого медико-социального сервиса в гериатрии [Электронный ресурс] / И. П. Пономарева // Российская ассоциация паллиативной медицины. Официальный сайт, 2017 г. – Режим доступа: www.palliamed.ru/files/download/file963.html
9. Пономарева, И.П. Модель школы пациента в паллиативной гериатрии: новый взгляд на проблему / Пономарева И.П., Процаев К.И., Ильницкий А.Н. // Архивъ внутренней медицины. 2016; 6(4):42-46. Режим доступа: <https://doi.org/10.20514/2226-6704-2016-6-4-42-46>
10. Рекомендации по реабилитации (восстановлению) после инсульта [Электронный ресурс] / Актуальные проблемы кардиологии и неврологии – Режим доступа: <http://www.cardioneurology.ru/rekomendatsii-po-reabilitatsii-восстановлению-posle-insulta/>
11. Уход за больными после инсульта [Электронный ресурс] / Экспертный портал про инсульт INSULT.PRO – Режим доступа: <http://insult.pro/lechenie/uhod-za-bolnymi-posle-insulta/>
12. Фаршатов, Р.С. Источники информации и знаний по уходу за больным, необходимые для родственников и ухаживающих лиц [Текст] / Р.С. Фарташов // Молодой ученый. – 2013. – № 12. – С. 58-59. <https://moluch.ru/archive/59/8452/>