

ОПТИМИЗАЦИЯ СИСТЕМЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ НАРУШЕНИЯ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ, ПРИ ПОДГОТОВКЕ СПЕЦИАЛИСТОВ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА

Г. А. Трофимова, кандидат медицинских наук, доцент

А. В. Савельева, кандидат медицинских наук

И. А. Кобякова

С. Н. Лавровский, доктор медицинских наук, профессор

Государственное бюджетное образовательное учреждение среднего профессионального образования Нижегородской области «Арзамасский медицинский колледж», (Арзамас, Российская Федерация)

Резюме. Разработана научно обоснованная модель реабилитации лиц, перенесших мозговой инсульт путем волонтерского движения студентов медицинского колледжа.

Ключевые слова: образование, реабилитация, мозговой инсульт, волонтерское движение

Резюме. Розроблена науково обґрунтована модель реабілітації осіб, що перенесли мозковий інсульт шляхом волонтерського руху студентів медичного колледжу.

Ключові слова: освіта, реабілітація, мозковий інсульт, волонтерський рух

Summary. The scientifically reasonable model of rehabilitation of persons carrying a cerebral stroke by volunteer motion of students of medical college is worked out.

Keywords: education, rehabilitation, stroke, voluntary movement

Пациенты, перенесшие острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК), нуждаются в постоянном постороннем уходе, поскольку остаточные явления этого заболевания чаще всего прослеживаются до конца жизни [3]. Сложившаяся система медико-социальной реабилитации таких больных может быть существенно оптимизирована за счет развития новых форм деятельности, в частности, за счет масштабирования и модернизации технологии медсестринского ухода на дому [2]. Это обусловлено реструктуризацией системы здравоохранения и службы социальной защиты, переориентацией первичной медико-социальной помощи населению в сторону амбулаторного звена, потому как стационарное обслуживание пациентов в плане реабилитации связано с большими экономическими затратами [1].

Поиск путей единства и борьбы, сердца и разума, долга и склонностей, страстей и рассудка, личного интереса и общественного требования привели нас к идее создания в Арзамасском медицинском колледже Движения «Милосердие», основанного на принципах волонтерства и эмпатии. «Милосердие» – это любовь в действии! Для реализации этого вида деятельности был разработан собственный системно-модульный подход (Рис 1).

Для организации медико-социальной помощи на дому данному контингенту пациентов была разработана организационная модель, состоящая из следующих блоков:

1 блок - создание базы информации об обслуживаемом контингенте.

2 блок – комплексная деятельность учреждений, ведомств, студентов и педагогов медицинского колледжа в рамках социального партнерства по организации реабилитационных мероприятий при остаточных явлениях ОНМК у пациентов, созданию оптимальных условий для их жизнедеятельности.

3 блок – научно-учебно-методическое обеспечение деятельности по медико-социальному обслуживанию лиц, перенесших ОНМК.

4 блок - практическая медико-социальная помощь пациентам после ОНМК, оказываемая студентами Арзамасского медицинского колледжа. При этом осуществлялся:

профессиональный уход (то есть уход, который требует специальных медицинских умений, знаний и отношений);

попечительский патронаж (который заключается в помощи при работе по дому, доставке продуктов и препаратов первой необходимости, распределении гуманитарной помощи);

геронтологический и гериатрический патронаж (проведение лечебно-реабилитационных мероприятий лицам пожилого возраста, в анамнезе которых было ОНМК).

5 блок – обеспечение населения доступной информацией о проводимой комплексной работе, медико-санитарная просветительская деятельность.

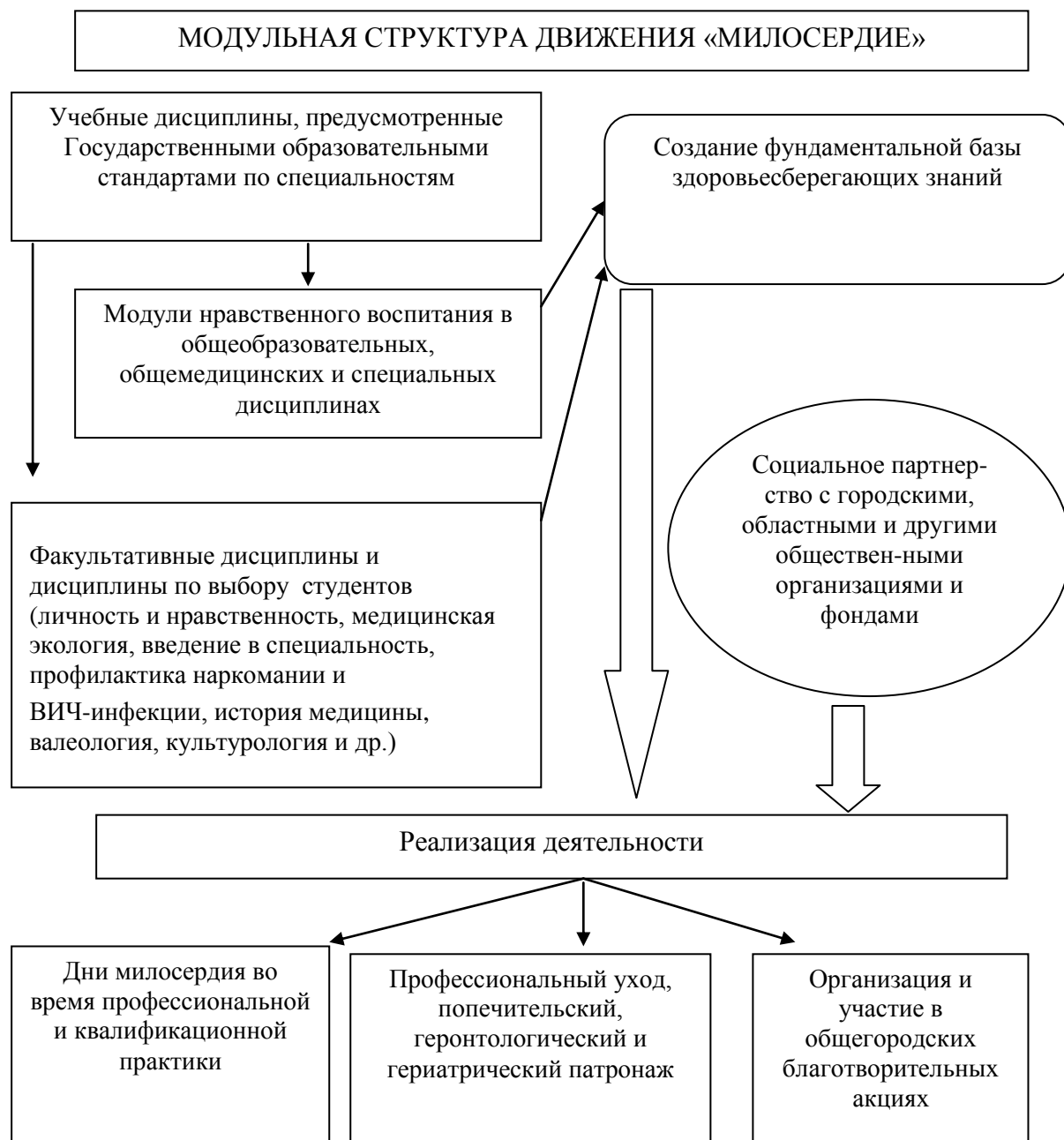


Рис 1. Организационная структура и деятельность Движения «Милосердие»

Данная модель предполагает создание службы, оказывающей те медико-социальные и бытовые услуги, которые в настоящее время остаются частично или совсем недоступны для пожилого больного с ОНМК. Обеспечив данный контингент необходимыми услугами, можно значительно продлить период их самостоятельного проживания и решить многие проблемы самого больного и его окружения.

Так за период с 2008 по 2011 гг. поступило 985 просьб о социальной и медицинской помощи (Табл.1).

Таблица 1

Динамика объемов волонтерской медико-социальной помощи пожилым лицам и пациентам, перенесшим ОНМК в 2008-2011 гг.

| Учебный год | Мужчины (возрастная группа) % | | | | | | Женщины (возрастная группа) % | | | | | Всего |
|-------------|-------------------------------|-------|-------|-------|-------|--------|-------------------------------|-------|-------|-------|--------|-------|
| | 45-50 | 51-60 | 61-70 | 71-80 | 81-90 | 91-100 | 51-60 | 61-70 | 71-80 | 81-90 | 91-100 | |
| 2008-2009 | 2,7 | 2,7 | 39,8 | 41,6 | 13,2 | 0 | 3,1 | 24,1 | 48,7 | 21,5 | 2,6 | 299 |

| | | | | | | | | | | | | |
|-----------|---|-----|------|------|-----|-----|-----|------|------|------|-----|-----|
| 2009-2010 | 0 | 0 | 40,4 | 47,8 | 9,6 | 2,2 | 2,4 | 25,4 | 44,4 | 26,2 | 1,6 | 342 |
| 2010-2011 | 0 | 1,1 | 40,9 | 45,5 | 9,1 | 3,4 | 2,3 | 23,4 | 39,1 | 33,2 | 2,0 | 344 |

Видно, что в помощи в основном нуждались пациенты возрастных групп 61-70, 71-80 лет и старше. Из общего количества больных: лежачих – 9,6%, передвигающихся только в пределах квартиры - 26,5%, из них женщин - 71,4% и 29,6% мужчин. Только около 15,1% патронируемых живут с супругой или супругом, остальные одиноки.

Анализ информации об обслуживаемом контингенте показал, что в 14,1-15,7% случаев у мужчин, и в 16,6-19,2% у женщин установлена 2 группа инвалидности; в 15,7 – 19,4% случаев у мужчин, и в 32,1 – 34,8% у женщин - 1 группа инвалидности. Первостепенное значение при медико-социальной экспертизе лиц нетрудоспособного возраста имела оценка ограничений жизненной и социальной недостаточности, приводящих к необходимости социальной защиты, тем более, что реабилитационный прогноз – сомнительный. При определении 1 и 2 групп инвалидности наиболее социально значимыми являлись проблемы: ограничение самообслуживания – 66,5 на 100 обследованных и ограничение ведения домашнего хозяйства - 72,6%. Реже встречалось ограничение способности к самостоятельному передвижению - 28,6 на 100 обследованных.

При углубленном исследовании установлен высокий уровень социальной дезинтеграции среди инвалидов 2 группы нетрудоспособного возраста: социальная недостаточность из-за ограничения способности к профессиональной деятельности и экономической самостоятельности имела у всех освидетельствованных, реже встречалась социальная недостаточность из-за ограничений физической независимости - 59,9 на 100 обследованных, ограничения способности заниматься производственной деятельностью - 62,1%, ограничения социальных контактов – 32,7 на 100 обследованных. Наиболее высокий уровень и степень выраженности социальной недостаточности среди инвалидов 1 группы, у которых резкое ограничение физической независимости требовало присутствия другого лица в течение суток, мобильность была ограничена пределами кровати или комнаты – 99,2 на 100 обследованных. Социальная недостаточность вследствие ограничения способности заниматься производственной деятельностью - 98,2%, характеризовалась невозможностью или резко выраженным затруднением любой бытовой деятельности, социальной недостаточностью из-за ограничения социальных контактов - 85,4 на 100 обследованных, что вызывает затруднения общения пациентов вследствие выраженных речевых расстройств.

Анализ отчетов студентов о проведенных патронажах позволяет сделать следующие заключения:

1. Пациенты, особо нуждающиеся в патронаже - это чаще всего женщины 61-80 лет.
2. Психологические проблемы (чувство ненужности, одиночества, тоски) испытывают до 90% курируемых.
3. 86% студентов выразили готовность работать в дальнейшем в геронтологической службе, при этом около 48% студентов отметили чувство духовного и эмоционального обогащения при работе с престарелыми пациентами.

Эти данные убеждают нас в высокой потребности инвалидов нетрудоспособного возраста в мероприятиях по медико-социальной реабилитации, направленных на восстановление самообслуживания, ведения домашнего хозяйства, мобильности, общения.

В ходе работы было создано научно-методическое обеспечение медико-социального обслуживания данного контингента. В дальнейшем была сформирована информационная база данных о больных, перенесших ОНМК начиная с 1998 года и по настоящее время. Анализ изучения потребности в мероприятиях по уходу, выявление имеющихся проблем у данного контингента больных позволили определить пути их решения.

В первые месяцы после ОНМК систематически выполнялся массаж для укрепления спины и рук с целью уменьшения спастических явлений и контрактур. Активно использовались методы оккупационной терапии. Регулярно проводилась просветительно-образовательная работа с пациентами и их родственниками об особенностях ухода, геродиетике, фармакотерапии и др. Профессиональный патронаж, способствовал

совершенствованию у студентов умений общения и выполнения лечебно-реабилитационных процедур.

Работа с данным контингентом специфична, что, прежде всего, обусловлено психофизиологическими особенностями пациентов. Известно, что главная особенность заключается в том, что стареющий человек тяжело переносит комплекс взаимно отягощающих и опасных заболеваний, при этом имеет повышенный уровень притязаний к своему здоровью и проявляет ярко выраженное стремление к сохранению активного образа жизни. Поэтому студентам-медикам приходится работать на фоне чрезвычайно высокой требовательности пациента к собственной персоне, а часто - на фоне патологически выраженной эмоциональной настроенности на желаемый результат медицинских вмешательств. Учитывая, что у таких больных наблюдается ухудшение слуха и зрения, замедлена реакция восприятия и нарушена ориентация, то от студентов требуется особое терпение, выдержка и такт. Основным принципом подхода является уважение к личности больного, принятие его таким, каков он есть - со всеми физическими и психическими недостатками, в том числе и с признаками старческого слабоумия.

Все это предъявляет высокие требования не только к знаниям и практическим умениям будущих медицинских работников, но и к их моральной готовности работать с пожилым контингентом, умению вести себя в коллективе, умению общаться с пациентами и их родственниками. В любой момент и при всех обстоятельствах необходимо понимать, что к медицинскому работнику за помощью обращается пожилой человек, с которым произошла беда. Следовательно, чуткость, моральная поддержка и душевная теплота нужны пациенту не меньше, чем лекарственная терапия или другие методы лечения.

Таким образом, созданная и активно функционирующая сквозная система нравственного воспитания студентов медицинского колледжа обусловлена единством образовательных и воспитательных процессов, что, на наш взгляд, позволяет существенно оптимизировать методологию подготовки специалистов сестринского дела и выполнить основные требования образовательных стандартов по подготовке медицинских работников нового типа, а также существенно расширить лечебно-реабилитационное пространство для пациентов, перенесших ОНМК.

Литература

1. Медицинские проблемы пожилых // Сб. научных статей.- Йошкар-Ола,-1999.
2. Актуальные проблемы ухода за больными на дому и в стационаре и значение патронажных служб в их решении//Матер. конф.,- М.-2000.
3. Кадыков А.С., Черникова Л.А., Шведков В.В. Жизнь после инсульта//М.-2002.
4. Милосердие и благотворительность в Русском православии – опыт прошлого и настоящего//Сб. статей. - Н.Новгород.-2000.