

БИОПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ АКТИВИРУЮЩЕГО УХОДА ЗА ПАЦИЕНТАМИ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА НА ДОМУ

Пономарева И.П.¹, Султанова С.С.², Прощаев К.И.¹

¹АНО «НИМЦ «Геронтология», 125009, Россия, Москва ул. Б. Дмитровка, д. 9, стр. 3, nimcgerontologija@mail.ru.

²Санкт-Петербургский институт биорегуляции и геронтологии СЗО РАМН, 197110, Санкт-Петербург, пр. Динамо, 3, info@gerontology.ru.

В статье изложены результаты разработки биопсихосоциальной модели активизирующего ухода за пациентами пожилого и старческого возраста. Был проведен экспертный анализ выявленных биологических и психосоциальных детерминант, влияющих на качество жизни лиц пожилого и старческого возраста, и дана оценка результатам внедрения предложенной модели квалифицированного ухода за лицами пожилого и старческого возраста. Было достоверно показано, что модель биопсихосоциального активизирующего ухода за гериатрическим контингентом пациентов на дому, ориентированная на повышение качества жизни, заключается в модификации биологической внутренней и внешней среды пациента, в основном за счет поддержания активности путем активизирующей кинезотерапии и когнитивной гимнастики, минимизации пассивного ухода для достижения максимально возможного уровня самостоятельного функционирования, а не просто осуществления ухода с целью удовлетворения основных потребностей. Внедрение модели биопсихосоциального активизирующего ухода за гериатрическим контингентом пациентов на дому обладает высокой эффективностью за счет улучшения степени опрятности пациентов на 23,6%, повышения значения индекса Бартела на 21,5% и улучшения качества жизни на 24,7%.

Ключевые слова: пожилые, гериатрия, сестринский уход, качество жизни.

BIOPSYCHOSOCIAL MODEL OF ACTIVE HOME CARE FOR ELDERLY AND SENILE PATIENTS AT HOME

Ponomareva I.P.¹, Sultanova S.S.², Proshaev K.I.¹

¹«Gerontology» Research Medical Center. 25009, Russia, Moscow, B. Dmitrovka str., 9/3, nimcgerontologija@mail.ru.

²St. Petersburg Institute of Bioregulation and Gerontology. 197110, St.-Petersburg, str. Dynamo, 3, info@gerontology.ru.

Research medical center of Gerontology. 25009, Russia, Moscow, B. Dmitrovka str., 9/3, nimcgerontologija@mail.ru

The article presents the results of the development of the biopsychosocial model of active care for elderly and aged patients. An expert analysis of biological and psychosocial determinants of the quality of life of the elderly and aged was taken, and the results of the implementation of the proposed model of qualified care for the elderly and aged was assessed. It was pointed that the model of active biopsychosocial care for the geriatric contingent of patients at home, aimed at improving the quality of life, consists of biological modification of internal and external environments of the patient; mainly due to maintenance activity by active physiotherapy and cognitive exercises, minimizing passive care to achieve the highest possible level of independent functioning; and not just providing care to meet basic needs. Introduction of the biopsychosocial model of active care of the contingent of patients at home has been highly efficient in improving the tidiness of patients by 23,6%, increasing Bartela's index values by 21,5 % and improving the quality of life by 24,7%.

Keywords: elderly, geriatrics, nursing, quality of life.

Введение. На фоне демографического старения населения возрастает роль квалифицированного ухода за больными пожилого и старческого возраста при наличии тяжелой хронической патологии [4; 5]. При этом уход на дому становится все более сложным и многогранным, включает в себя различные стороны профилактической, лечебно-диагностической работы и ухода за пациентами [1-3].

Относительно небольшое количество исследований по этой проблеме требует дополнительного научного обобщения и определяет актуальность настоящей работы.

Цель исследования – разработка биопсихосоциальной модели активирующего ухода за людьми пожилого и старческого возраста при оказании помощи на дому.

Задача исследования: провести экспертный анализ выявленных биологических и психосоциальных детерминант, влияющих на качество жизни лиц пожилого и старческого возраста, и дать оценку результатам внедрения предложенной модели квалифицированного ухода.

Материалы и методы: была проведена экспертная оценка мероприятий, которые в наибольшей степени способны реализовать достижение максимально возможного качества жизни посредством воздействия на выявленные биологические и психосоциальные детерминанты. Была создана экспертная группа, состоящая из сотрудников кафедры терапии и патологии пожилого возраста института повышения квалификации ФМБА России (г. Москва), в составе 4 человек, из них докторов медицинских наук – 1, кандидатов медицинских наук – 3, все члены экспертной группы имели шифр научной специальности 14.01.30 – геронтология и гериатрия.

Итогом данного раздела диссертационной работы стала разработанная биопсихосоциальная модель активирующего ухода за людьми пожилого и старческого возраста на дому.

Заключительным этапом исследования стали внедрение разработанной модели и оценка ее эффективности. Внедрение и оценка эффективности модели выполнены на базе агентства «ЮСИ» в Красносельском районе города Санкт-Петербурга. Для этого были сформированы две группы лиц пожилого и старческого возраста – контрольная (n=32, средний возраст 67,4±1,8 года) и основная (n=31, средний возраст 67,9±1,6 года). Пациенты контрольной группы получали стандартные мероприятия ухода со стороны медицинских и социальных служб, в отношении пациентов контрольной группы была применена разработанная биопсихосоциальная модель активирующего ухода. Критериями включения в исследование были – наличие заболеваний, которые требуют мероприятий ухода на дому, пожилой и старческий возраст пациентов; критерием исключения – наличие психиатрических заболеваний, требующих ухода и затрудняющих вербальный контакт с пациентом. Период наблюдения составил 3 месяца, по окончании которого была проведена оценка эффективности разработанной модели. Для оценки эффективности были применены следующие позиции: наличие дефектов ухода (неопрятный внешний вид, дерматит, сыпи, пролежни, нарушение гигиенических правил), нарушение пациентом объема, кратности, сроков приема лекарственных форм, изменения в области инъекций (уплотнение, инфильтрат, флебит), выполнение пациентом программ активирующей кинезотерапии

[Матвейчук Т.В. с соавт., 2011]. До и после периода наблюдения были применены тесты: определение Индекса активностей повседневной жизни Бартела; качество жизни по опроснику SF-36.

Результаты и их обсуждение. Разработанная нами биопсихосоциальная модель активирующего ухода за пациентами пожилого и старческого возраста, согласно данным экспертной оценки, включает в себя следующие основные элементы.

I. Отбор для осуществления ухода. По данным экспертных оценок производится по общепринятым критериям при возникновении состояния, когда автономная жизнедеятельность человека невозможна, $\chi^2 = 8,3$, $p < 0,05$.

II. Мероприятия активирующего ухода.

Для поддержания максимально возможного качества жизни посредством влияния на его биологические детерминанты целесообразны следующие мероприятия:

1) динамическое наблюдение со стороны лиц, осуществляющих уход, с целью своевременного обеспечения пациента медицинской помощью при возникновении необходимости, в частности при усилении астенического синдрома как индикатора появления ухудшения или осложнений основного процесса, $\chi^2 = 8,3$, $p < 0,05$; усилении/возобновлении болевого синдрома, $\chi^2 = 8,2$, $p < 0,05$; появлении/усилении проявлений поражения кожных покровов (зуд кожи, явления пролежней, сыпи, кожные осложнения инвазивных манипуляций), $\chi^2 = 8,1$, $p < 0,05$; незамедлительное обеспечение консультации пациента врачом при появлении новой или усилении имеющейся симптоматики, $\chi^2 = 8,1$, $p < 0,05$;

2) применение приемов ухода с целью поддержания активности в повседневной жизни, то есть проведение активирующей кинезотерапии и когнитивной гимнастики, минимизация пассивного ухода для достижения максимально возможного уровня самостоятельного функционирования, в том числе при наличии когнитивного дефицита, $\chi^2 = 8,1$, $p < 0,05$; двигательных нарушений, $\chi^2 = 8,0$, $p < 0,05$; дыхательных нарушений, $\chi^2 = 7,9$, $p < 0,05$;

3) создание благоприятных условий внешней и внутренней биологической среды при уходе: адекватная гидратация, $\chi^2 = 8,2$, $p < 0,05$; адекватный самочувствию пациента температурный режим, $\chi^2 = 8,1$, $p < 0,05$; адекватная гигиена при нарушении тазовых функций, $\chi^2 = 8,0$, $p < 0,05$.

Для поддержания максимально возможного качества жизни посредством влияния на психосоциальные детерминанты целесообразны следующие мероприятия:

1) организация психологической поддержки в процессе ухода за счет подключения к уходу семьи пациента и других значимых для него людей, $\chi^2 = 8,2$, $p < 0,05$; формирование положительного образа медицинского и социального персонала, осуществляющего уход, χ^2

= 8,1, $p < 0,05$; привлечение к уходу представителей церкви в зависимости от вероисповедания пациента, $\chi^2 = 8,0$, $p < 0,05$;

2) своевременное оказание психотерапевтической помощи при развитии тревожно-депрессивного синдрома, $\chi^2 = 8,1$, $p < 0,05$.

III. Оценка эффективности ухода.

В практических целях, по данным экспертных оценок, эффективность ухода целесообразно определять по следующим критериям:

1) общий вид пациента без явных нарушений ухода, $\chi^2 = 8,1$, $p < 0,05$;

2) улучшение/поддержание на возможном уровне функционального статуса, $\chi^2 = 8,0$, $p < 0,05$;

3) определение в динамике при стабильном состоянии пациента Индекса активностей повседневной жизни Бартела, $\chi^2 = 8,0$, $p < 0,05$;

4) определение качества жизни по опроснику SF-36, $\chi^2 = 8,0$, $p < 0,05$.

Разработанная биопсихосоциальная модель активирующего ухода за пациентами пожилого и старческого возраста представлена на блок-схеме 1.

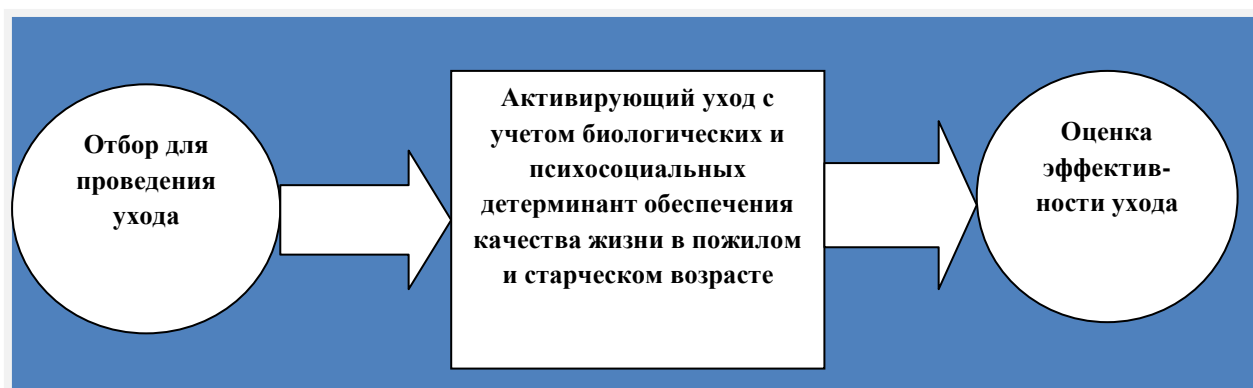


Рис. 1. Принципиальная схема биопсихосоциальной модели активирующего ухода за пациентами пожилого и старческого возраста.

При общей оценке эффективности разработанной модели ухода были получены следующие результаты. При применении разработанной технологии у пациентов основной группы через три месяца, когда закончился период наблюдения, имела место положительная динамика всех изученных показателей, при этом они достоверно отличались от показателей контрольной группы. В частности, неопрятный внешний вид после окончания наблюдения у пациентов контрольной группы имел место у $32,1 \pm 3,2\%$ пациентов, в основной группе – у $8,4 \pm 1,3\%$; явления дерматита были выявлены соответственно у $17,2 \pm 2,3\%$ и $6,1 \pm 1,1\%$ пациентов; сыпь имела место в $5,1 \pm 1,1\%$ и $2,0 \pm 0,9\%$ случаев; пролежни – $1,2 \pm 0,3\%$ и $0,5 \pm 0,1\%$; неадекватная гигиена кожных покровов имела место у $62,1 \pm 5,5\%$ и $8,3 \pm 1,2\%$; нарушения лечения, невыполнение врачебных назначений – $42,3 \pm 4,1\%$ и $8,4 \pm 1,3\%$; патологические процессы в области инвазивных манипуляций, инъекций – $18,6 \pm 2,3\%$ и

6,3±1,1%; выполнение активирующей кинезотерапии – 1,2±0,2% и 69,4±5,8%, $p < 0,05$ (табл. 1).

Таблица 1

Оценка эффективности разработанной модели ухода за людьми пожилого и старческого возраста ($M \pm m$, %)

Изученная позиция	Контрольная группа		Основная группа	
	До начала наблюдения	Через три месяца	До начала наблюдения	Через три месяца
Внешняя опрятность	31,5±3,1	32,1±3,2	31,6±3,2	8,4±1,3*,**
Наличие дерматита	17,1±2,5	17,2±2,3	18,0±2,6	6,1±1,1*,**
Наличие кожной сыпи	5,0±1,0	5,1±1,1	5,1±1,1	2,0±0,9*,**
Наличие пролежней	1,2±0,2	1,2±0,3	1,2±0,3	0,5±0,1*,**
Неадекватная гигиена кожи	61,5±5,4	62,1±5,5	61,7±5,3	8,3±1,2*,**
Несоблюдение предписанного лечения	41,1±3,9	42,3±4,1	41,7±3,8	8,4±1,3*,**
Наличие изменений в области инъекций	18,4±2,4	18,6±2,3	18,3±2,3	6,3±1,1*,**
Выполнение активирующей кинезотерапии	1,1±0,1	1,2±0,2	1,1±0,2	69,4±5,8*,**

* $p < 0,05$ при сравнении с контрольной группой,

** $p < 0,05$ в динамике ухода за пациентами основной группы

При определении Индекса активностей повседневной жизни Бартела в динамике наблюдения, который во многом характеризует качество жизни пациента, нуждающегося в уходе, были получены следующие результаты. По истечении периода наблюдения по всем изученным позициям в основной группе пациентов имела место положительная динамика оцениваемых показателей, а также достоверная разность показателей по отношению к контрольной группе. Так, в контрольной и основной группах через три месяца наблюдения имели место следующие значения оцененных показателей: контролирование дефекации – соответственно 4,1±0,8 и 6,1±0,9 балла; контролирование мочеиспускания – 4,2±0,9 и 6,2±0,8 балла; персональная гигиена (чистка зубов, манипуляции с зубными протезами, причесывание, бритье, умывание лица) – 4,1±0,8 и 6,2±0,9 балла; посещение туалета (перемещения в туалете, раздевание, очищение кожных покровов, одевание, выход из туалета) – 4,2±0,9 и 6,3±0,9 балла; прием пищи – 4,3±1,1 и 7,3±1,2 балла; перемещение (с кровати на стул и обратно) – 3,8±0,9 и 5,8±1,1 балла; мобильность (перемещения в пределах дома, в том числе при использовании вспомогательных средств) – 4,0±0,9 и 6,1±0,9 балла; одевание – 4,6±0,8 и 6,4±1,0 балла; подъем по лестнице – 3,3±0,6 и 4,5±0,4 балла; прием ванны – 4,4±0,7 и 6,5±0,9 балла, $p < 0,05$. Надо отметить, что применение разработанной

модели ухода способствует переходу пациента из состояния выраженной зависимости к состоянию умеренной зависимости - $39,6 \pm 2,6$ и $71,2 \pm 2,9$ балла, $p < 0,05$, чего не наблюдалось в контрольной группе пациентов (табл. 2).

Таблица 2

Оценка эффективности разработанной модели ухода за людьми пожилого и старческого возраста по Индексу Бартела (в баллах)

Изученная позиция	Контрольная группа		Основная группа	
	До начала наблюдения	Через три месяца	До начала наблюдения	Через три месяца
Контролирование дефекации	$4,2 \pm 0,9$	$4,1 \pm 0,8$	$4,2 \pm 0,8$	$6,1 \pm 0,9^*, **$
Контролирование мочеиспускания	$4,1 \pm 0,8$	$4,2 \pm 0,9$	$4,0 \pm 0,7$	$6,2 \pm 0,8^*, **$
Персональная гигиена	$4,2 \pm 0,9$	$4,1 \pm 0,8$	$4,1 \pm 0,8$	$6,2 \pm 0,9^*, **$
Посещение туалета	$4,3 \pm 0,9$	$4,2 \pm 0,9$	$4,2 \pm 0,8$	$6,3 \pm 0,9^*, **$
Прием пищи	$4,5 \pm 1,0$	$4,3 \pm 1,1$	$4,6 \pm 1,1$	$7,3 \pm 1,2^*, **$
Перемещение	$3,9 \pm 0,8$	$3,8 \pm 0,9$	$3,9 \pm 0,9$	$5,8 \pm 1,1^*, **$
Мобильность	$4,1 \pm 0,8$	$4,0 \pm 0,9$	$4,1 \pm 0,8$	$6,1 \pm 0,9^*, **$
Одевание	$4,5 \pm 0,9$	$4,6 \pm 0,8$	$4,6 \pm 0,9$	$6,4 \pm 1,0^*, **$
Подъем по лестнице	$3,3 \pm 0,5$	$3,3 \pm 0,6$	$3,4 \pm 0,7$	$4,5 \pm 0,4^*, **$
Прием ванны	$4,3 \pm 0,6$	$4,4 \pm 0,7$	$4,5 \pm 0,6$	$6,5 \pm 0,9^*, **$
Значение Индекса Бартела	$39,5 \pm 2,5$	$49,7 \pm 2,7$	$39,6 \pm 2,6$	$71,2 \pm 2,9^*, **$

* $p < 0,05$ при сравнении с контрольной группой,

** $p < 0,05$ в динамике ухода за пациентами основной группы

При оценке эффективности разработанной модели ухода по динамике качества жизни были получены следующие данные. В основной группе под влиянием предложенной модели ухода имело место достоверное улучшение параметров качества жизни, которые достоверно отличались от таковых в контрольной группе. В частности, соответственно в контрольной и основной группе после окончания наблюдения имели место следующие значения показателей (в баллах): общее здоровье – $18,3 \pm 2,2$ и $25,1 \pm 2,1$; ролевое функционирование – $21,6 \pm 2,1$ и $25,4 \pm 2,1$; боль – $11,5 \pm 1,4$ и $8,1 \pm 0,9$; физическое функционирование – $23,3 \pm 2,1$ и $27,3 \pm 2,0$; жизнеспособность – $22,2 \pm 2,0$ и $26,1 \pm 2,1$; психологическое здоровье – $21,7 \pm 2,1$ и $25,4 \pm 1,9$; ролевое эмоциональное функционирование – $25,8 \pm 1,9$ и $31,5 \pm 1,6$; социальное функционирование – $27,4 \pm 1,8$ и $32,1 \pm 1,6$, $p < 0,05$ (табл. 3).

Таблица 3

Оценка эффективности разработанной модели ухода за людьми пожилого и старческого возраста по качеству жизни (в баллах)

Позиция оценки качества жизни	Контрольная группа		Основная группа	
	До начала наблюдения	Через три месяца	До начала наблюдения	Через три месяца
Общее здоровье	18,4 \pm 2,1	18,3 \pm 2,2	18,5 \pm 2,0	25,1 \pm 2,1*,**
Ролевое функционирование	21,5 \pm 2,2	21,6 \pm 2,1	21,4 \pm 2,0	25,4 \pm 2,1*,**
Боль	11,4 \pm 1,3	11,5 \pm 1,4	11,3 \pm 1,4	8,1 \pm 0,9*,**
Физическое функционирование	23,1 \pm 2,2	23,2 \pm 2,1	23,1 \pm 2,1	27,3 \pm 2,0*,**
Жизнеспособность	21,3 \pm 2,1	22,2 \pm 2,0	21,4 \pm 2,2	26,1 \pm 2,1*,**
Психологическое здоровье	21,9 \pm 2,0	21,7 \pm 2,1	21,8 \pm 2,0	25,4 \pm 1,9*,**
Ролевое эмоциональное функционирование	25,7 \pm 1,7	25,8 \pm 1,9	25,6 \pm 1,8	31,5 \pm 1,6*,**
Социальное функционирование	27,3 \pm 1,9	27,4 \pm 1,8	27,2 \pm 1,7	32,1 \pm 1,6*,**

* $p < 0,05$ при сравнении с контрольной группой,

** $p < 0,05$ в динамике ухода пациентов основной группы

Вывод: модель биопсихосоциального активирующего ухода за гериатрическим контингентом пациентов на дому, ориентированная на повышении качества жизни, заключается в модификации биологической внутренней и внешней среды пациента, в основном за счет поддержания активности путем активирующей кинезотерапии и когнитивной гимнастики, минимизации пассивного ухода для достижения максимально возможного уровня самостоятельного функционирования, а не просто в осуществлении ухода с целью удовлетворения основных потребностей.

Внедрение модели биопсихосоциального активирующего ухода за гериатрическим контингентом пациентов на дому обладает высокой эффективностью за счет улучшения степени опрятности пациентов на 23,6%, повышения значения Индекса Бартела на 21,5% и улучшения качества жизни на 24,7%.

Список литературы

1. Актуальные проблемы медицинской деонтологии / Н.Н. Щетинин, С.И. Третьяк, А.В. Прохоров, В.А. Манулик // Медицинские новости. – 2000. – № 11. – С. 48-51.
2. Медико-социальные проблемы геронтологии и гериатрии: осведомленность населения и медицинских работников / К.И. Прошаев, А.Н. Ильницкий, П.Н. Зезюлин, С.В. Филиппов, А.А. Лукьянов, Н.И. Жернакова // Успехи геронтологии. - 2008. - Т. 21, № 1. - С. 160-164.
3. Мушников Л.Д. Медики среднего звена: образ жизни и ценности // Сестринское дело. – 2010. – № 5. – С. 12-13.

4. Цыганова О.А., Светличная Т.Г. Анализ информированности персонала о правах пациентов при получении медицинской помощи // Главная медицинская сестра. – 2010. – № 1. – С. 87-98.
5. Эккерт Н.В. Организация внебольничной паллиативной помощи // Здоровоохранение РФ. - 2008. - № 5. – С. 21- 23.
6. Хоспис на дому – оптимальная форма организации внебольничной паллиативной помощи / Н.В. Эккерт, Е.А. Игнатенко, С.А. Рудакова, Н.А. Баскакова // Экономика здравоохранения. - 2009. - № 7. – С. 23-25.

Рецензенты:

Ильницкий А.Н., д.м.н., профессор, заместитель директора АНО «НИМЦ «Геронтология», г.Москва.

Чеботарев П.А., д.м.н., доцент, заведующий кафедрой безопасности жизнедеятельности УО «Полоцкий государственный университет», г.Полоцк.