

РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ В САНАТОРИИ «КОМАРОВО»

Ю.А. Мальщукова, А.И. Петрова, Н.В. Туркина, канд. мед. наук
Санкт-Петербургская государственная медицинская академия им. И. И. Мечникова

E-mail: FVSO@mail.ru

Проанализированы эффективность санаторно-курортного лечения детей с детским церебральным параличом и роль медсестер в реабилитации таких больных.

Ключевые слова: детский церебральный паралич, реабилитация, медсестра, синдром эмоционального выгорания.

При ряде заболеваний успешная реабилитация возможна в случае длительного, систематического и целенаправленного комплексного применения терапевтических и психоэмоциональных мер. При этом эффективны санаторно-курортные методы.

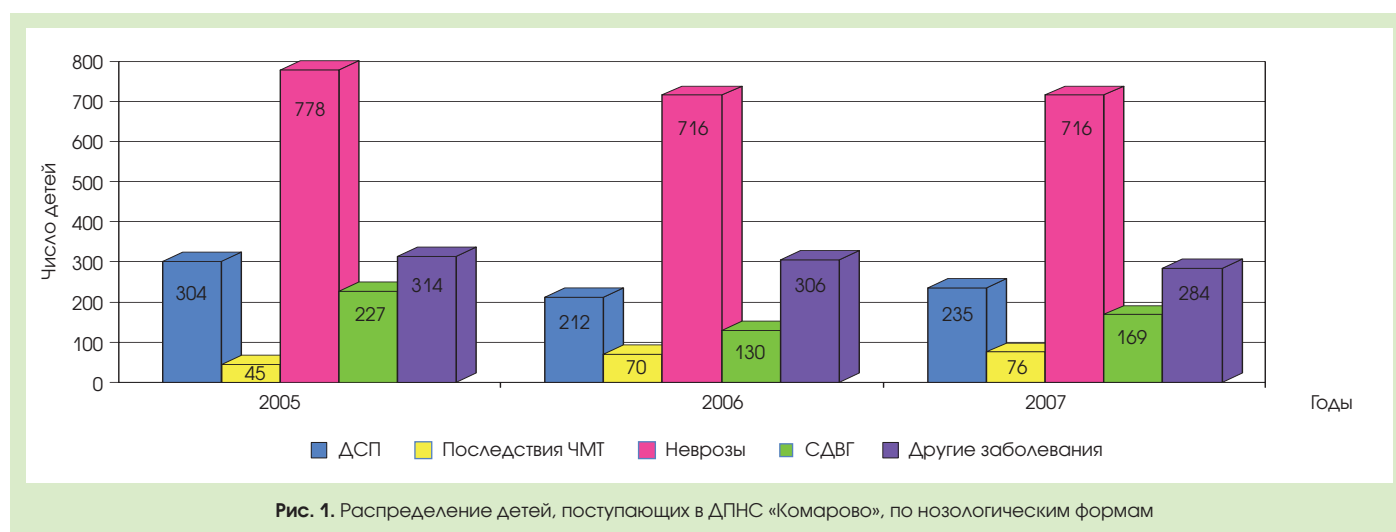
Санаторно-курортное лечение – один из важнейших этапов в лечении детей с психоневрологическими заболеваниями. Оно способствует максимальному восстановлению здоровья после болезни, предупреждению развития хронических форм, повышению функциональных возможностей и резервов растущего организма. Максимальное использование современных терапевтических факторов с учетом возраста ребенка, характера и стадии патологического процесса, сопутствующих заболеваний, индивидуальных особенностей организма повышает эффективность лечения и профилактики.

Детские санатории различаются по медицинским профилям, климатическим и другим условиям, но общая их цель – укрепление здоровья, восстановление нарушенных функций, повышение иммунобиологической резистентности организма с учетом индивидуальных особенностей ребенка. В детских психоневрологических санаториях (ДПНС) для назначения адекватного лечения и оценки его результатов проводится углубленное изучение двигательных и чувствительных функций пациентов, зрения, речи, интеллектуального развития.

Целью данного исследования, проведенного в ДПНС «Комарово», было изучение работы медсестринского персонала по санаторно-курортной реабилитации детей, страдающих детским церебральным параличом (ДЦП), а также выявление путей оптимизации этой деятельности.

Нами отмечено, что чаще всего в санаторий поступают дети с такими психоневрологическими заболеваниями, как ДЦП, последствия черепно-мозговых травм (ЧМТ), неврозы, синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ) (рис. 1).

Санаторно-курортное лечение – всегда комплексное. Широко применяются климатотерапия, лечебная физкультура (ЛФК), массаж, естественные и искусственные физические факторы, трудовая терапия при режиме дня, рационально сочетающим элементы активности и отдыха, лечения и учебы, тренировки и щажения.



ЛФК – важный компонент санаторного лечения детей. Она способствует улучшению самочувствия, настроения детей, физического развития и эмоционального тонуса, повышает функциональные способности сердечно-сосудистой, нервной и других систем организма (10). В детских санаторных учреждениях в ЛФК используется широкий комплекс средств, среди которых – не только физические упражнения, но и организация всего двигательного режима больных детей, утренняя гигиеническая гимнастика, лечебная гимнастика, массаж, механотерапия, подвижные игры, прогулки, лечебное плавание, экскурсии, трудовые процессы и др.

Служба ЛФК организует утреннюю гигиеническую гимнастику, групповые и индивидуальные занятия; в нее входят также кабинет биологической обратной связи, тренажеры, бассейн. Число процедур, проведенных службами ЛФК и массажа за 3 года, в среднем составило на 1 ребенка от 8 до 22.

Важный компонент комплекса санаторно-курортных методов – массаж, имеющий особенно большое значение при заболеваниях и травмах опорно-двигательного аппарата.

Водолечение представлено водными процедурами, проводящимися с лечебными и профилактическими целями. Водолечебные процедуры весьма разнообразны, они оказывают нейрогуморальное действие. Кожа подвергается влиянию температурных, химических, механических факторов воды, которые вызывают раздражение ее многочисленных рецепторов и интерорецепторов кровеносных сосудов.

Теплолечение заключается в применении тепловых процедур с использованием парафина, озокерита и других теплоносителей. Общее свойство этих веществ – способность длительно удерживать тепло и медленно отдавать его телу больного. Лечебное действие обусловлено комплексом – химических, механических и температурных факторов.

Служба физиотерапии за 3 года в среднем провела от 9 до 19 процедур на 1 ребенка (в зависимости от загрузки санатория, длительности пребывания в нем детей и состояния их здоровья).

По медицинской эффективности санаторно-курортного лечения можно судить о качестве организации лечебного процесса, адекватности применявшихся методов лечения, целесообразности направления в санаторий таких больных. Существуют критерии эффективности санаторного лечения, единые для всех санаторных учреждений и отражающие сдвиги в состоянии здоровья детей.

Мы изучили эффективность лечения в ДПНС «Комарово» за период с 2005 по 2007 гг. По нашим данным, в 2005 и 2006 гг. улучшение после лечения наступило у 84% детей, динамики не было у 16%, в 2007 г. – соответственно у 81 и 19%.

ДЦП – одно из заболеваний, которые часто приводят к тяжелой инвалидности. Поэтому лечение должно быть своевременным (с первых дней жизни ребенка), систематическим и поэтапным. Формы ДЦП различаются синдромами поражения нервной системы, а также имеет значение оценка физической и социальной активности больных, способности к самообслуживанию.

Нами изучены пути оптимизации работы медсестринского персонала в санаторно-курортной реабилитации

детей, страдающих ДЦП. Родителям таких детей было предложено ответить на ряд вопросов, касающихся, в частности, совершенствования работы медсестринского персонала. Всего было опрошено 54 респондента. Выяснилось следующее:

- 74% семей – полные, т.е. ребенок с ДЦП имеет и мать, и отца, 26% семей – неполные;
- больше семей (74%) – со средним достатком, у 19% достаток ниже среднего, у 7% – выше среднего;
- 32% детей – в возрасте 3 лет, по 2% – 2; 9; 12 и 15 лет;
- у 85% родителей взаимоотношения с детьми хорошие, у 13% они зависят от настроения детей и у 2% – достаточно сложные;
- у детей, страдающих ДЦП, взаимоотношения с другими детьми в семье складываются по-разному, но у большинства (87%) – также хорошие;
- в возрасте до 1 года диагноз ДЦП был поставлен 33% детей, после года – 54%, в 2 года – 9% и в 3 года – 4%;
- 39% детей ходят в детский сад, 11% – в школу, 50% не посещают ни детский сад, ни школу по разным причинам: 1) ввиду тяжести заболевания и отсутствия навыков самообслуживания; 2) из-за нехватки специализированных учреждений для таких детей;
- у 72% детей – фразовая речь, 15% произносят отдельные слова, 13% – только звуки (это зависит от формы ДЦП);
- 48% детей легко идут на контакт с медицинским персоналом, 50% – не всегда, 2% вообще не идут на контакт (это зависит и от детей, и от медицинского персонала, так как дети с рождения постоянно проходят курсы лечения в медицинских учреждениях и чаще всего общаются с медицинским персоналом);
- информацию о заболевании детей 42% респондентов получают от медицинского персонала, 25% – из медицинской литературы; 23% – от знакомых, имеющих детей с ДЦП, 10% из Интернета;
- по мнению большинства респондентов (67%), они не достаточно знают о заболевании; 94% хотели бы знать больше;
- 91% респондентов ответили, что Школа пациента с ДЦП нужна, а 9% – что в ней нет необходимости;
- 82% опрошенных ничего не хотели бы улучшить или изменить в оказании медсестринской помощи; 9% хотели бы, чтобы их дети получали больше процедур; 7% указали на желательность более индивидуального подхода к их детям; 2% считают, что надо бы увеличить штат медицинского персонала.

У медсестер, которые тесно и постоянно общаются с больными людьми (в данном случае – с детьми), со временем формируется синдром эмоционального выгорания (СЭВ): состояние физического, эмоционального и психического истощения, вызванного длительной включенностью в ситуации, характеризующиеся высоким эмоциональным напряжением.

СЭВ имеет 3 составляющие:

- эмоциональная истощенность;
- деперсонализация (цинизм);
- редукция профессиональных достижений.

Эмоциональная истощенность характеризуется ощущениями эмоциональной опустошенности и усталости

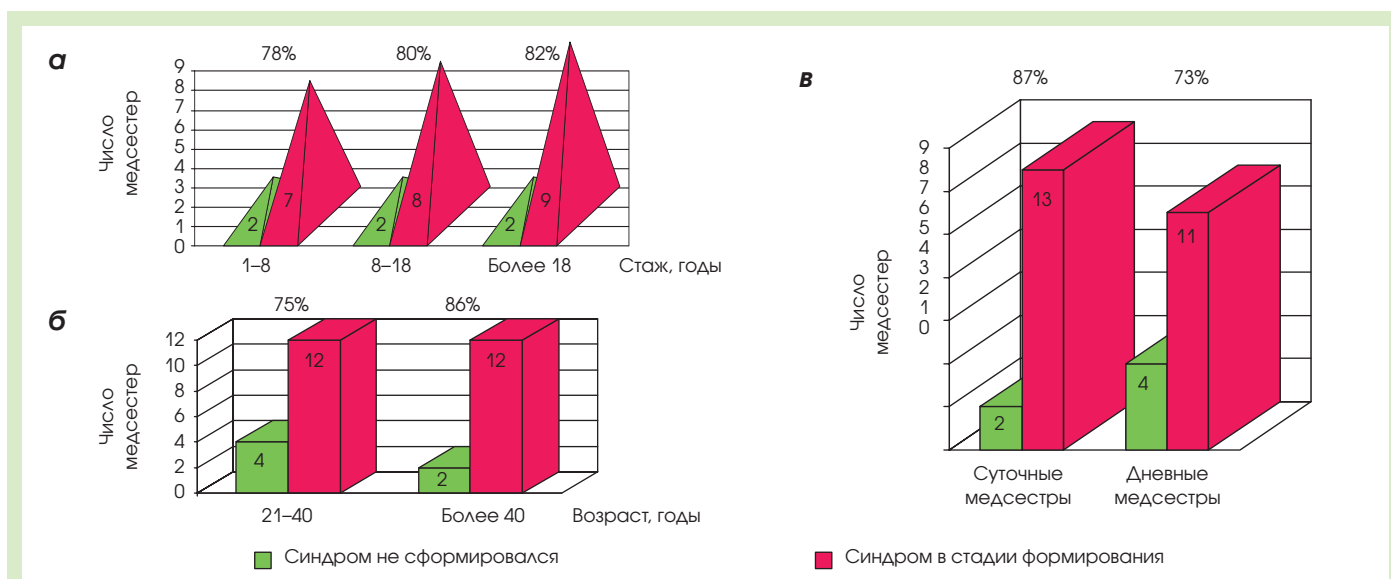


Рис. 2. Формирование СЭВ у медсестер в зависимости от стажа работы (а), возраста (б), продолжительности рабочего дня (в)

сти, вызванными работой. Деперсонализация – циничное отношение к труду и его объектам. Редукция профессиональных достижений – развитие чувства профессиональной некомпетентности, осознание неуспешности своей профессиональной деятельности.

Для определения уровня эмоционального выгорания было проведено анкетирование медсестер с применением методики В.В. Бойко. Всего протестировано 30 человек, которым предлагалось ответить на 84 вопроса.

По результатам тестирования, на формирование СЭВ влияют:

- стаж работы: СЭВ не сформировался ни у кого, но у всех он находился в стадии формирования, причем в наибольшей степени – у медсестер со стажем работы > 18 лет (82%), в наименьшей – у медсестер со стажем от 1 года до 8 лет (78%), т.е. чем больше стаж, тем быстрее наступает выгорание (рис. 2);
- возраст: СЭВ находился в стадии формирования во всех возрастных группах, причем в наибольшей степени – у медсестер в возрасте > 40 лет (86%), т.е. чем старше работник, тем быстрее наступает «выгорание»;
- продолжительность рабочего дня: СЭВ находился в стадии формирования и у суточных медсестер, и у дневных, но больше – у суточных (87%), т.е. чем больше времени персонал общается с больными людьми, тем быстрее наступает «выгорание».

Было проанализировано также число симптомов, из которых состоит СЭВ. Оно составило от 1 до 9 из 12 возможных (в среднем – 5). Но, поскольку работа в медицине, в частности в психоневрологии, очень часто сопровождается эмоциональными перегрузками, возможно, что для констатации СЭВ у медсестер этого профиля достаточно наличие меньшего, чем 12, числа симптомов.

Таким образом:

1. В ДПНС «Комарово» 95% всей реабилитационно-восстановительной работы с детьми, страдающими ДЦП, выполняют медсестры.

2. 18% родителей детей не все устраивает в оказании медсестринской помощи в ДПНС «Комарово», поэтому необходимо внедрять новые формы работы (Школа пациента с ДЦП).

3. Исследование влияния на работу медсестер постоянных стрессогенных факторов показало, что формирование СЭВ зависит от:

- стажа – СЭВ находится на стадии формирования чаще всего у медсестер (82%) со стажем 18 лет;
- возраста – СЭВ на стадии формирования чаще (в 86% случаев) отмечается у медсестер старше 40 лет;
- длительности рабочего дня: у суточных медсестер СЭВ в стадии формирования констатируется чаще (87%), чем у дневных медсестер (73%).

Данные исследования позволили внести следующие предложения:

- штатному психологу необходимо проводить с медсестрами коррекционную работу (по устранению СЭВ), направленную на:
 - снятие стрессовых состояний;
 - формирование навыков саморегуляции;
 - повышение стрессоустойчивости.
- целесообразно создать на базе ДПНС «Комарово» Школу пациента с ДЦП, поручив ее организацию и разработку плана занятий выпускнику факультета высшего сестринского образования; для успешной и продуктивной работы Школы пациента с ДЦП необходимы:
 - оптимизация и повышение качества медицинской помощи детям, страдающим ДЦП, и их родителям;
 - повышение информированности родителей, имеющих детей с ДЦП, о заболевании и методах его лечения;
 - формирование у детей с ДЦП и их родителей активного отношения к заболеванию и желания лечиться;
 - формирование у детей с ДЦП навыков самообслуживания;
 - разработка индивидуальных планов лечения для каждого ребенка.

Рекомендуемая литература

Анищенко К. Н., Устинович А. К. Организация медицинской помощи детям. - М.: Медицина, 1979. – 208 с.

Асмолов А. Г. Психология личности. – М., 1990.

Бальнеотерапия при заболеваниях в детском возрасте / Под ред. Т. В. Карачевцевой. – М.: Медицина, 1980. – 445 с.

Белова Г.И., Семенова К.А., Шамарин Т.Г. Восстановительное лечение детей, больных церебральным параличом, в условиях санатория. – Киев: Здоров'я, 1984. – 103 с.

Вилюнас В. К. Психологические механизмы мотивации человека. – М., 1990.

Грановская Р.М. Элементы практической психологии. – Л., 1991.

Крупин А.С. Лечение детей на местных курортах. – Л.: Медгиз, 1962. – 184 с.

Леонова А.Б. Психодиагностика функциональных состояний человека. – М., 1984.

Олефиренко В. Т. Водотеплолечение. – М.: Медицина, 1978. – 278 с.

Приходько В.С., Пархоменко Л.К. Лечебная физкультура в клинике детских болезней. – Киев: Здоров'я, 1981. – 215 с.

Руководство по физиотерапии и физиопрофилактике детских заболеваний / Под ред. А.Н. Обросова и Т.В. Карачевцевой. – М.: Медицина, 1976. – 392 с.

Семенова К. А. Детские церебральные параличи. – М., 1968.

Семенова К.А., Мاستюкова Е.М., Смуглин М.Я. Клиника и реабилитационная терапия детских церебральных параличей. – М., 1972.

Фищенко П. Я., Гринина А. В. Основные этапы реабилитации детей с заболеваниями опорно-двигательного аппарата // Реабилитация детей с заболеваниями опорно-двигательного аппарата. – Л., 1972.

Шухова Е.В., Бабина Л.М. Реабилитация детей с заболеваниями нервной системы. – М.: Медицина, 1979. – 256 с.

REHABILITATION OF CHILDREN WITH INFANTILE CEREBRAL PARALYSIS

Yu.A. Malshchukova, A.I. Petrova, N.V. Turkina

I.I. Mechnikov Saint Petersburg State Medical Academy

The efficiency of sanatorium-and-spa treatment in children with infantile cerebral paralysis and the role of nurses in the rehabilitation of these patients are analyzed.

Key words: *infantile cerebral paralysis, rehabilitation, burnout syndrome.*
