

# КОНТАКТ МЕДСЕСТРЫ С СЕМЬЕЙ ПРИ ДОЛГОВРЕМЕННОМ УХОДЕ ЗА ПОЖИЛЫМ ПАЦИЕНТОМ

**Е.В. Караева, А.В. Соловьева, Н.П. Кириленко, А.А. Родионов, Н.Д. Баженов, В.В. Зобачева**

Тверской государственный медицинский университет,  
Российская Федерация, 170100, Тверь, ул. Советская, д. 4

**E-mail:** global-create@yandex.ru

**Представлена роль семьи и медсестры в уходе и реабилитации в домашних условиях пожилых больных, которым необходимы контроль и правильное выполнение назначений врача.**

*Ключевые слова:* медсестра, уход, пожилой и старческий возраст, старческая астения, роль семьи, опека.

Для цитирования: Караева Е.В., Соловьева А.В., Кириленко Н.П., Родионов А.А., Баженов Н.Д., Зобачева В.В. Контакт медсестры с семьей при долговременном уходе за пожилым пациентом. Медицинская сестра. 2018; 20 (8): 7–10. <https://doi.org/10.29296/25879979-2018-08-02>



Согласно отчету «Мировые демографические перспективы: пересмотренное издание 2017 года», в большинстве стран и регионов число пожилых людей – лиц в возрасте  $\geq 60$  лет – возрастет к 2050

г. более чем в 2 раза (с 962 млн до 2,1 млрд) и в 3 раза – к 2100 г. (до 3,1 млрд). В мире численность лиц в возрасте  $\geq 60$  лет растет более высокими темпами, чем численность других групп населения

[1]. Однако не все пожилые люди одинаковы. Среди них есть лица достаточно крепкие и со старческой астенией (СА) [2]. СА, или хрупкость (frailty; код по МКБ-Х R-54) – биологический синдром, характеризующийся возрастассоциированным снижением физиологического резерва и функций большинства органов, что приводит к снижению способности отвечать на внешние и внутренние стрессовые воздействия, а также к неблагоприятным функциональным и медицинским последствиям. Другими словами, это – невозможность организма изыскивать ресурсы для противостояния стрессу, предшествующая инвалидизации или даже смерти. Чаще такие пациенты страдают коморбидной патологией, т.е. имеют >3 заболеваний. Обычно это – болезни сердечно-сосудистой системы: артериальная гипертензия (АГ), ишемическая болезнь сердца (ИБС) и их осложнения – инфаркт миокарда и инсульт, а также сахарный диабет типа 2, заболевания опорно-двигательного аппарата, патология мочевыводящей системы, нарушения слуха и зрения, изменения в психоэмоциональной сфере.

В нашей стране с 2016 г. гериатрия вышла на новый рубеж – разработан «Порядок оказания медицинской помощи по профилю «Гериатрия»» (Приказ Минздрава Российской Федерации от 29.01.16 №38н). Приказ регламентирует медицинскую помощь лицам с наличием СА с целью сохранения или восстановления их способности к самообслуживанию, физической и функциональной активности, независимости от посторонней помощи в повседневной жизни. Повышенный интерес к СА вызван тем, что СА частично обратима при правильном уходе [3, 4]. Большинство пожилых пациентов после выписки из стационара возвращаются домой, и здесь возрастает роль медсестры.

Медсестра работает в тесном взаимодействии с врачом и всей терапевтической группой, осуществляющей восстановление у больного утраченных функций [5]. Она должна пройти первичную подготовку по гериатрии, чтобы обладать необходимыми знаниями в области эволюции старения, а также изменений, появляющихся в результате усугубления хронических заболеваний, которые ведут к инвалидности и потере самостоятельности. Семья является естественной средой для пожилого человека. Уход за пациентом, страдающим хроническими заболеваниями и СА, относится к традиционным функциям семьи. Однако из-за неудовлетворительной социально-экономической ситуации некоторые семьи не обеспечивают должный уход. Медсестра должна оценить 6 факторов:

- знания и умения семьи;
- ее состав;
- социальное функционирование, наличие

свободного времени для ухода за пациентом с СА;

- бытовые и материальные условия;
- эмоциональную атмосферу в семье.

Медсестра определяет, какой из факторов является наиболее и наименее уязвимым, и либо сама, либо с помощью других служб принимает решение об улучшении ситуации.

Далее следует оценить опекунические отношения в семье. С. Канчински-Бугрым выделяет 5 типов отношений между участниками ухода и больным:

- 1-й тип наиболее благоприятный; он предусматривает баланс между необходимой опекой и фактической потребностью больного; все, что может пациент, он выполняет сам без посторонней помощи, чтобы сохранить остаточную функцию;
- 2-й тип – гиперопека; такая забота деморализует больного; опекуны не поддерживают его, а постоянно выручают, и у него снижается вера в себя, он перестает решать даже элементарные задачи, на что раньше был способен;
- 3-й тип – манипулирование больным: лишение его пенсии, пособия по уходу («из-за тебя у меня нет времени для других, пусть хоть новая шуба на твои деньги компенсирует мои страдания»);
- 4-й тип – физическое и психическое издевательство над пациентом, что вообще недопустимо (избиение, унижение человеческого достоинства, оставление в опасных условиях);
- 5-й тип – причинение вреда больному, несмотря на добрые намерения; например, один из членов семьи, уходя из дома, надевает на пациента наушники с музыкой, чтобы ему не было одиноко; эта манипуляция еще больше снижает слух, и пациент глухнет окончательно.

Медсестра должна вовремя подсказать, как правильно выстроить отношения с пациентом, вернуть его к самообслуживанию, либо, если это нереально, обратиться в социальные службы для лишения родственников права опеки в случае недобросовестного ухода.

Уход и наблюдение за пожилыми пациентами весьма сложны, требуют от медсестры особого внимания и времени, особенно если речь идет о больных, нуждающихся в длительном постельном режиме. Внимательное, чуткое отношение к жалобам и поведению больного может предотвратить развитие тяжелых осложнений и сохранить ему жизнь [6].

Патронаж должен дать пожилому человеку ощущение заботы, внимания к себе, поскольку без этого его жизнь тяжела и одинока.

Высокая частота у пожилых пациентов субъективного одиночества подтверждается нашим исследованием, проведенным среди 115 амбулаторных пациентов старших возрастных групп (средний возраст –  $79 \pm 3,2$  года).

Пациенты были взяты под диспансерное наблюдение в связи с выявленными признаками СА. Из обследованных 37 (32,2%) были одиночки, 54 (47,0%) проживали отдельно от детей, но имели от них поддержку и 24 (14,8%) проживали в семьях. В среднем они имели 5 заболеваний, в том числе у всех были диагностированы изменения в психоэмоциональной сфере.

Уровень субъективного ощущения одиночества оценивали по методике Д. Рассела и М. Фергюсона [7]. Методика предполагает использование опросника, содержащего 20 утверждений, которые пациенты ранжируют по частоте встречаемости (часто, иногда, редко, никогда). При обработке данных опроса число каждого варианта ответа умножают на соответствующий коэффициент (3,2,1,0) и результаты суммируют. Степень одиночества оценивается как высокая при 40–60 баллах, средний уровень – при 20–40 баллах, низкий – при 0–20 баллах.

Высокий уровень одиночества диагностирован у 59 (51,3%) обследованных. Наиболее часто он встречался среди одиноко проживающих (у 23 – 62,0%), несколько реже – среди проживающих в семьях (у 11 – 45,8%;  $p > 0,05$ ) и среди тех, кто жил отдельно от родственников (у 24 – 43,0%;  $p_1 > 0,05$ ;  $p_2 > 0,05$ ).

Средний уровень ощущения одиночества был 2-м по частоте встречаемости (у 53 – 46,1%). Он был характерен для пациентов, проживающих отдельно от родственников (у 37 – 68,5%), и в данной группе встречался чаще, чем высокий и низкий уровни. В 2 других группах он диагностировался достоверно реже – у 7 пациентов, проживающих в семьях (29,2%;  $p < 0,05$ ) и у 10 (27,0%;  $p_1 < 0,05$ ;  $p_2 > 0,05$ ), проживающих одиноко.

Низкий уровень ощущения одиночества диагностирован лишь у 13 (11,3%) пациентов; чаще он отмечался у проживающих в семьях (у 6 – 25,0%), несколько реже – у одиноко проживающих (у 4 – 10,8%;  $p > 0,05$ ) и проживающих отдельно от родственников (у 3 – 5,6%;  $p_1 > 0,05$ ;  $p_2 > 0,05$ ).

Таким образом, субъективное ощущение одиночества присуще пожилым и старым людям; при этом оно не всегда вызвано отсутствием в жизни пожилого человека близких родственников. Высокий уровень субъективного ощущения одиночества может с высокой степенью вероятности наблюдаться у пожилого пациента даже в условиях проживания в семье, что необходимо учитывать медсестре при состав-

лении индивидуального плана ухода за пациентом.

Рациональное ведение пожилого больного обязательно предполагает достижение взаимопонимания и согласия в триаде «больной – медсестра – врач». Степень выполнения больным врачебных рекомендаций обозначают в медицинской литературе термином «комплайенс» (от англ. compliance – согласие). Сам по себе старческий возраст не служит причиной недостаточного комплаенса, поскольку правильный подход вполне обеспечивает его достижение (использование словесных и письменных инструкций, уменьшение числа назначаемых медикаментов, предпочтение пролонгированных лекарственных форм и комбинированных препаратов и др.).

При уходе за больными пожилого и старческого возраста особое значение имеет соблюдение норм медицинской этики и деонтологии [8]. Нередко медсестра становится для пациента, особенно одинокого, единственно близким человеком. К каждому больному необходим индивидуальный подход с учетом личностных особенностей пациента и его отношения к болезни [8]. Для установления контакта с больным медсестра должна говорить с ним спокойно, приветливо. Если пациент – слепой, следует ежедневно, входя в комнату, представляться. К больным надо обращаться по имени и отчеству. Недопустимо называть пациента «бабушка», «дедушка».

Пожилые больные нередко уходят в себя, прислушиваются к своему состоянию, у них появляются раздражительность, плаксивость. Подготовка пациента к медицинским манипуляциям, умение слушать, сопереживать и давать советы – важные факторы успешного лечения. Однако медсестра самостоятельно, помимо врача, не должна давать больному или его родственникам информацию о характере и возможном исходе заболевания, обсуждать результаты исследования и методы лечения [10]. О любом ухудшении самочувствия больного в домашних условиях, появлении новых симптомов медсестра должна немедленно информировать врача. Больных пожилого и старческого возраста следует обеспечивать четкими инструкциями, данными врачом не только в устной форме, но и письменно. Желательно, чтобы родственники вели дневник наблюдения с контролем пульса, артериального давления, наличия стула, приема лекарств.

Правильный уход очень важен, так как может значительно улучшить состояние больного. Даже при хорошем лечении и самых лучших лекарствах, без хорошего ухода со стороны семьи шансы больного на выздоровление и улучшение качества жизни уменьшаются практически вдвое. Пожилым

пациентам для сохранения психического здоровья необходимы общение, получение информации, обмен ею так же, как для сохранения физического здоровья необходима зарядка.

Для лежачего больного важно то, как устроена его постель. Медсестра следит, чтобы кровать была не ниже 60 см, желательно наличие поручней, чтобы облегчить переход в сидячее положение. Необходим прикроватный столик для удобства приема пищи, лекарственных препаратов. Целесообразно иметь специальный ортопедический матрас.

Родственникам следует объяснить, что для профилактики пролежней надо следить за чистотой постельного белья, на постели не должно быть складок, швов; необходима регулярная гигиеническая обработка тела (2–3 раза в день). Рекомендовано периодически менять положение тела. Члены семьи должны ежедневно осматривать кожные покровы лежачего больного, регулярно растирать кожу, делать массаж с учетом возрастной истонченности кожи. Если появились покраснения, их обрабатывают камфорным спиртом или 2% раствором перекиси водорода; под такие места и места особого сдавления (затылок, лопатки, локти, пятки) подкладывают специальные резиновые кружки.

Особое внимание следует обратить на уход за ногами. В пожилом возрасте из-за нарушения кровообращения в нижних конечностях, наличия сахарного диабета при несоответствующем уходе возможно образование долго не заживающих ранок, язв, которые впоследствии могут привести к гангрене и потере конечности. Рекомендуется регулярно мыть ноги теплой водой с мылом, осторожно обрабатывать ногти, стричь их только после распаривания ног [10]. Надо стремиться как можно раньше перевести больного в горизонтальное положение, поощрять к движению, стимулировать к самообслуживанию.

Если пожилой человек следит за своим внешним видом, регулярно стрижется, причесывается, бреется, меняет одежду, это всегда поднимает его настроение, способствует улучшению общего состояния. Членам семьи необходимо ежедневно хвалить больного за успехи в реабилитации – это служит важным стимулом восстановлению утраченных функций.

Таким образом, правильные взаимоотношения медсестры с семьей при долгосрочном уходе за пожилым человеком с СА в большинстве случаев позволяют добиться хороших результатов реабилитации, вернуть пациенту функциональную независимость, продлить его активное долголетие, улучшить качество жизни.

### Литература

1. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. World Population Prospects: The 2017 Revision – <http://esa.un.org/unpd/wpp/>
2. Кузнецова О.Ю., Фролова Е.В., Яковлев И.А. Фундаментальные аспекты старения. Хрупкость: модели, маркеры, фенотипы. Результаты проекта «Хрусталь». Итоги Всероссийской молодежной конференции с международным участием. Российский семейный врач. 2013; 17 (3): 47–9.
3. Распоряжение Правительства РФ №164–р от 5.02.16 Об утверждении Стратегии действий в интересах граждан старшего поколения в Российской Федерации до 2025 года. <http://government.ru/media/files/>
4. Приказ Минздрава РФ №38н от 29.01.16 (зарегистрирован в Минюсте РФ 14.03.16 №41405) Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «Гериатрия». <http://www.garant.ru/products>
5. Nancarrow S.A, Booth A. et al. Ten principles of good interdisciplinary team work. Human Resources for Health. 201; 11 (1): 1. <https://doi.org/10.1186/1478-4491-11-5/>
6. Сикора-Мыслик И. Медсестра и семья как участники терапевтической группы в уходе за больным несамостоятельным человеком. Форум долгосрочной опеки. 2017; 4 (16): 17–9.
7. Палеева Н.П. Справочник медицинской сестры. 2011.
8. Фетискин Н.П., Козлов В.В., Мануйлов Г.М. Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп. М., Издательство Института психотерапии, 2005; 490 .
9. Котельников, Г.П. Геронтология и гериатрия: учеб. Г.П. Котельников, О.Г. Яковлев, Н.О. Захарова. М., 2011.
10. Обуховец Т.П. Основы сестринского дела: Практикум: учеб. Серия «Медицина для вас». Ростов н/Д: «Феникс», 2012.
11. Рябчикова Т.В. Сестринское дело в гериатрии: учеб. руководство для медицинских сестер. 2012.

### A NURSE'S COORDINATION WITH THE FAMILY OF AN ELDERLY PATIENT IN HIS/HER LONG-TERM CARE

E.V. Karaeva, A.V. Solovyeva, N.P. Kirilenko, A.A. Rodionov, N.D. Bazhenov, V.V. Zobacheva  
Tver State Medical University,

4, Sovetskaya St., Tver 170100, Russian Federation

**The paper presents the role of a family and a nurse in the home care and rehabilitation of elderly patients who should be monitored and comply with medication therapy well.**

*Key words:* nurse; care; elderly and senile age; senile asthenia; role of family; guardianship.

**For reference:** Karaeva E.V., Solovyeva A.V., Kirilenko N.P., Rodionov A.A., Bazhenov N.D., Zobacheva V.V. A Nurse's coordination with the family of an elderly patient in his/her long-term care. *Meditsinskaya Sestra*. 2018; 20 (7): 7–10. <https://doi.org/10.29296/25879979-2018-08-02>