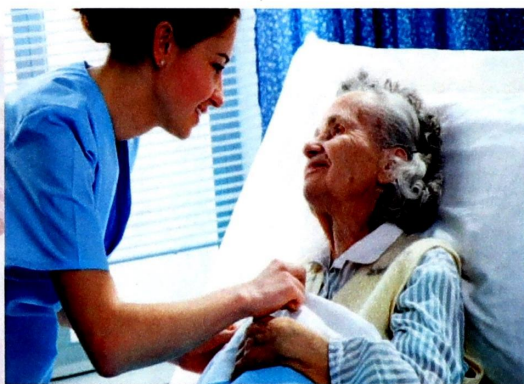


**Т.В. Матвейчик, С.М. Русак,
А.В. Байда, А.А. Романовский**

Обеспечение сестринского процесса в оказании медицинской помощи пациентам на дому



Т.В. Матвейчик, С.М. Русак, А.В. Байда, А.А. Романовский

Обеспечение сестринского процесса в оказании медицинской помощи пациентам на дому

Минск
«Ковчег»
2022

УДК 614.254.3 (075.9)

ББК 51.1 (2) 2 я73

О13

Авторы:

Матвейчик Т.В., к.м.н., доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»

Русак С.М., магистр реабилитологии, главная медицинская сестра УЗ «31-я городская поликлиника» г. Минска

Байда А.В., к.м.н., доцент кафедры общей врачебной практики ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»

Романовский А.А., к.м.н., доцент кафедры эндокринологии ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»

Рецензенты:

Бураков И.И., профессор кафедры пропедевтики внутренних болезней УО «Белорусский государственный медицинский университет», доктор медицинских наук, профессор;

Кафедра социальной работы и реабилитологии БГУ.

О13 **Обеспечение** сестринского процесса в оказании медицинской помощи пациентам на дому / Т.В. Матвейчик, С.М. Русак, А.В. Байда, А.А. Романовский. – Минск : Ковчег, 2022. – 163 с. Табл. 11, прил. 17, рис. 3.

ISBN 978-985-884-147-8.

Пособие содержит методологически разработанные технологии ухода на дому помощниками врача по амбулаторно-поликлинической помощи и медицинскими сестрами с акцентом на гериатрического пациента. Соответствует программным документам по развитию сестринского дела в Республике Беларусь, с учетом рекомендаций международных организаций, новым технологиям на основе включения элементов цифровизации в форме электронной карты пациента, протоколов ухода на основе сестринского процесса и взаимодействия с семьей пациента с учетом особенностей, обусловленных пандемией коронавирусной инфекции.

Предназначено для системы дополнительного образования лицам, обучающимся по специальности 1-79-01-06 «Сестринское дело» и по специальности 1-86-01-01 «Социальная работа», практикующим помощникам врача по амбулаторно-поликлинической помощи, медицинским сестрам общей практики, акушеркам и социальным работникам, а также людям, интересующимся проблемами ухода за пациентами на дому.

УДК 614.254.3 (075.9)

ББК 51.1 (2) 2 я73

621456

ISBN 978-985-884-147-8

© Матвейчик Т.В., 2022

© Русак С.М., 2022

© Байда А.В., 2022

© Романовский А.А., 2022

© Оформление. ООО «Ковчег», 2022

Оглавление

Введение.....	4
Список сокращений.....	5
Глоссарий.....	6
Глава 1. Исторические и эпидемиологические аспекты потребности в медико-социальном уходе в Республике Беларусь (Матвейчик Т.В.).....	12
Глава 2. Особенности и алгоритмы оказания медицинской помощи пациентам преклонного возраста помощниками врача по амбулаторно-поликлинической помощи, медицинскими сестрами (Матвейчик Т.В., Байда А.В.).....	22
Глава 3. Особенности оказания медицинской помощи разным группам пациентов в период пандемии COVID-19 (Матвейчик Т.В., Романовский А.А.).....	70
Глава 4. Современная адаптационно-ситуативная модель медико-социального ухода на дому: новые технологии (Матвейчик Т.В., Русак С.М.).....	100
Заключение.....	125
Приложения.....	128
Литература.....	156

Введение

2021 год был объявлен Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) Международным годом медико-санитарных и социальных работников, вследствие чего особое внимание уделено перспективам в изменении должностных обязанностей медицинской сестры (МС) и помощника врача по амбулаторно-поликлинической помощи (Пвр) с учетом современных технологий.

Мировая практика свидетельствует, что при рациональном использовании сестринских кадров значительно улучшается качество медицинской помощи, увеличивается ее доступность и экономичность, эффективно используются ресурсы здравоохранения.

Приоритетом ВОЗ, согласно докладу (Женева, 2020) в области сестринского дела [76] на ближайшее время избрано сестринское образование, подготовка специалистов к исполнению новых функций в здравоохранении посредством расширения профессиональных обязанностей в работе команды врача общей практики (ВОП) [48]. Это провозглашено на конференции, посвященной 40-летию опыту после принятия Алма-Атинской декларации в 1978 г. [56], которая выделила основу развития здравоохранения, признав главенствующей роль первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) (в Республике Беларусь – первичная медицинская помощь – ПМП) как основы любой системы здравоохранения [6,53].

Основными направлениями Плана мероприятий (дорожной карты) по реализации Концепции развития сестринского дела в Республике Беларусь на 2021-2025 годы [47] являются:

- улучшение охвата населения услугами;
- обеспечение пациентам равного доступа к медицинской помощи;
- повышение внимания к скрининговым программам и вторичной профилактике за счет новых функций специалистов со средним медицинским образованием;
- применение технологий цифровизации в здравоохранении (разд. IV, п.4.2.).

Помимо этих документов, медицинским работникам предстоит реализация Национальной стратегии «Активное долголетие – 2030», согласно Постановлению Совета Министров Республики Беларусь от 3 декабря 2020 г. №693, ознакомление с рекомендациями Департамента ВОЗ по проблемам старения и жизненного цикла. Практической реализации идей соответствуют несколько глав предлагаемого пособия.

В области сестринского дела процесс цифровизации здравоохранения вступил в определенный этап, состоящий в разработке и поддержке более быстрой и экономичной медицинской практики в деятельности Пвр и МС. Предвидение будущего в области сестринского дела осуществляется со значительным ускорением в связи с глобальной пандемией коронавирусной инфекции, потребовавшей проведения большей части мероприятий в режиме онлайн. Помимо снижения риска передачи инфекции, консультации врачей и МС стали более доступными, например, для тех пациентов, у которых проблемы с подвижностью, что экономит время пациента и врача.

Имеющийся уровень информатизации организаций здравоохранения г. Минска (около 99%) и по стране в целом (98%) позволяет приступить к новому этапу его использования в области сестринского дела.

«Здоровье – это одно из прав человека. Никто не должен болеть или умирать лишь по причине собственной бедности или невозможности пользоваться необходимыми медико-санитарными услугами» (Д-р Т.А. Гебрейесус, Генеральный директор ВОЗ).

Предложение практикующим МС и Пвр на участке ВОП современной модели ухода на дому с акцентом на гериатрического пациента на основе сестринского процесса и электронной медицинской карты (ЭМК) с соответствующими приложениями является актуальной потребностью в связи со старением населения и возрастающей потребностью в интегрированной помощи*.

Список сокращений

АПО – амбулаторно-поликлиническая организация
АСМ–модель – адаптационно-ситуативная модель ухода за пациентом на дому
БО – больничная организация
ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения
ВОП – врач общей практики
ИМН – изделия медицинского назначения
ИППП – инфекции, передаваемые половым путем
ЛС – лекарственное средство
МС – медицинская сестра
ОЗ – организация здравоохранения
ООН - Организация Объединенных Наций
Пвр – помощник врача по амбулаторно-поликлинической помощи
ПКС – постковидный синдром
ПМП – первичная медицинская помощь
ПМСП – первичная медико-санитарная помощь
СГО – специализированный гериатрический осмотр
СД 2 –сахарный диабет 2 типа
СИЗ – средства индивидуальной защиты
ХНИЗ – хронические неинфекционные заболевания
ФР – факторы риска
ЭМК – электронная медицинская карта
ISOPe – модель скоординированной помощи, ориентированной на человека
HbA1c – гликированный гемоглобин

Глоссарий

Абилитация медицинская – комплекс медицинских услуг, направленных на формирование, развитие и поддержание функций органов или систем организма пациента, а также возможностей и способностей человека, естественное становление которых затруднено.

Автономность – независимость от постоянной помощи и способность самостоятельно принимать решения.

Адаптационно-ситуативная модель ухода за пациентом на дому – представляет собой долговременный скоординированный, ориентированный на потребности пациента, выявляемые при проведении специализированного гериатрического осмотра, временный или постоянный уход, обеспечиваемый медицинской сестрой (помощником врача) согласно сестринскому процессу по алгоритму на основе методических документов (протоколы и листы по уходу).

АСТ-Accelerator (акт акселерейтор) – инициатива Генерального директора ВОЗ, Президента Франции, Председателя Европейской комиссии и Фонда Билла и Мелинды Гейтс, представленная в 2020 г. как высший приоритет в период пандемии через достижение справедливого доступа к вакцинам, тестам и лечению COVID-19, обеспечение сильных сторон систем здравоохранения в мире, получение эффективных инструментов противодействия пандемии и содействие универсальному охвату услугами здравоохранения в мире. Цель – объединение усилий правительств, организаций здравоохранения (ОЗ), ученых, деловых кругов, гражданского общества и благотворителей по ускорению процесса ликвидации пандемии. Согласно порядку ускоренной разработки, справедливое распределение в страны с низким и средним уровнем дохода, была осуществлена массовая доставка 500 млн. диагностических тест-систем, 245 млн. комплектов терапии до середины 2021 г., а также 2 млрд. доз вакцин, из которых 1 млрд. доз был закуплен до конца 2021 г.

Базовая функциональная активность – способность человека самостоятельно выполнять элементарные действия по самообслуживанию (личная гигиена, прием пищи, одевание, прием ванны, перемещения на небольшие расстояния, посещение туалета, подъем по лестнице, контроль мочеиспускания и дефекации).

Барьеры общения – препятствия для взаимодействия людей, факторы, служащие причиной неэффективного взаимодействия, конфликтов или способствующие им.

Благодетель – этический принцип приносит добро; действие, направленное на благо другого человека или общества; доброжелательность, бескорыстие, щедрость.

Болезнь – общее или частичное ограничение жизнедеятельности организма, обусловленное срывом приспособительных механизмов под воздействием эндогенных и экзогенных факторов и характеризующееся стеснением свободы деятельности (ВОЗ).

Больница сестринского ухода – организация здравоохранения (или структурное обособленное подразделение государственной больничной организации здравоохранения), создаваемая с целью оказания социально-медицинских услуг лицам пожилого и старческого возраста, должжителям и инвалидам, страдающим хроническими заболеваниями, нуждающимся в медицинском наблюдении и уходе, по состоянию здоровья, не нуждающимся в лечении. Это регламентирует постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 10.01.2003 г. №3 «О некоторых вопросах организации медицинской помощи и предоставления социальных услуг»; постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 02.02.2005 г. №1 «Об утверждении Инструкции об организации деятельности больниц сестринского ухода».

Взаимодействие – способ организации совместной деятельности, осуществляемой на основании социального восприятия и с помощью общения. В «Словаре русского языка» С. Ожегова значение слова «взаимодействие» объясняется как взаимная связь двух явлений; взаимная поддержка.

Выявление людей, находящихся в социально опасном положении – комплекс действий государственных органов, государственных и иных организаций по выявлению обстановки, при которой не удовлетворяются основные жизненные потребности пациента,

не обеспечивается надзор за лечением, образом жизни. Родственники или взрослые дети ведут аморальный образ жизни, в связи с чем, имеется опасность для жизни или здоровья пациента преклонного возраста.

Витаукт – процесс, стабилизирующий жизнеспособность организма, повышающий продолжительность жизни человека, замедляющий процессы старения.

Геронтология – самостоятельная врачебная специальность, целью которой является воздействие на физическую, психическую, функциональную и социальную сферу здоровья и жизни людей пожилого и старческого возраста при острых и хронических заболеваниях, а также в процессе лечения, профилактики и реабилитации, паллиативной помощи в период ухода из жизни (Rockwood K., 2011). Это раздел биологии и медицины, изучающий выяснение первичных механизмов старения, установление их взаимосвязи в процессе жизнедеятельности организмов, изучение возрастных особенностей адаптации к условиям окружающей среды. Включает разделы: гериатрию, геронтогигиену, геронтопсихологию.

Гериатрия – область клинической медицины, изучающая влияние факторов среды обитания (социальных, бытовых, природных, экологических) и образа жизни на процесс старения человека. Это дисциплина, разрабатывающая и применяющая практические мероприятия, направленные на уменьшение или устранение неблагоприятного воздействия внешних и внутренних факторов, создание условий, способствующих максимальному продлению активной и полноценной жизни людей.

Гериатрический пациент – лицо старше 75 лет, имеет синдром старческой астении (англ. - frailty), развивающийся на фоне коморбидности, требующей холистического подхода с принятым синдромальным подходом в диагностике и лечении, с предпочтением к бригадному (в Республике Беларусь – командному) подходу в наблюдении.

Долговременный уход – комплекс мероприятий, включающих уход, сопровождение, реабилитацию, социализацию, психологическую поддержку и другие виды помощи, позволяющие компенсировать ограничения и сохранить качество жизни человека. Подобная система делает уход гарантированным и доступным на дому, в больничных организациях (БО) и стационарах дневного пребывания для пациентов всех возрастов, имеющих стойкие ограничения и зависимость от посторонней помощи в связи с болезнями, возрастом, травмами. Данная форма (адапционно-ситуативная модель ухода на дому) поможет заменить стационары для пожилых людей или инвалидов, а для родственников, ухаживающих за близкими людьми или за пациентами с инвалидностью, будут организовываться специальные курсы по индивидуальным программам.

Интегрированная помощь, известная как интегрированное здравоохранение (синонимы: скоординированная помощь, комплексная помощь, непрерывная помощь или трансуральная помощь) – мировая тенденция в реформировании здравоохранения и новых организационных механизмов, ориентированных на более скоординированные и интегрированные формы оказания помощи. Ее можно рассматривать как ответ на фрагментированное предоставление медицинских и социальных услуг, которое является признанной проблемой во многих системах здравоохранения.

Инцидент – случай, недоразумение, столкновение или происшествие, как правило, неприятное, затрагивающее интересы одной или обеих враждующих сторон и используемое ими для развязывания конфликтных действий.

Инфекционное заболевание, связанное с оказанием медицинской помощи (ИСМП) – это инфекционное заболевание, приобретённое пациентом при оказании ему скорой или медицинской помощи в ОЗ, или медицинскими работниками на дому. Также это инфекционное заболевание у родителя или другого законного представителя, госпитализируемого для осуществления ухода за несовершеннолетним пациентом, приобретённое им в БО, либо инфекционное заболевание работника ОЗ, приобретённое им в результате осуществления профессиональной деятельности.

Качества медицинской сестры – умения, знания, профессионализм, компетенции, сотрудничество, забота, конфиденциальность.

Качество медицинской услуги – показатель результата оказанной медицинской услуги, ориентированный не только на стандартные клинические критерии, но и на показатели качества медицинской помощи.

Качество медицинской помощи – совокупность характеристик медицинской помощи, отражающих ее способность удовлетворять потребности пациента с учетом стандартов здравоохранения, соответствующих современному уровню медицинской науки.

Кинестетикс (Kinaesthetics) – наука (мастерство) о восприятии движения, концепция обучения, направленная на развитие сознательного восприятия собственного движения, развитие самостоятельной двигательной компетентности, умение двигаться во взаимодействии с другими людьми таким образом, чтобы целенаправленно поддержать их собственную двигательную компетентность. Kinaesthetics позволяют человеку научиться управлять своим телом, используются в уходе за пациентами с ограничениями жизнедеятельности, в уходе за новорожденными, в укреплении собственного здоровья.

Эту науку (мастерство) в Республике Беларусь продвигает Белорусский Красный Крест, в котором работают тренеры, подготовленные Европейской Ассоциацией Kinaesthetics. Узнать больше о кинестетикс и обучении можно в организации Белорусского Красного Креста по месту жительства.

Компромисс – соглашение на основе взаимных уступок.

Коммуникация – обмен информацией между двумя и более лицами в устной, письменной форме или при помощи жестов, интонации и др.

Компетентность – способность выполнить поставленную задачу и наиболее эффективно справиться с предписанными функциями.

Комплаенс - (англ. compliance - согласие, соответствие; от глагола to comply - исполнять) - означает действие в соответствии с запросом или указанием; достижение взаимопонимания и согласия в триаде «пациент – МС – врач» за счет рационального ведения пациента, нуждающегося в уходе. Предполагает обязательное выполнение больным человеком врачебных рекомендаций, соответствующих каким-либо внутренним или внешним требованиям или нормам пациента. Старческий возраст пациента не служит причиной недостаточного взаимодействия. Правильный подход обеспечивает достижение результата использованием словесных и письменных инструкций, уменьшением числа назначаемых медикаментов, предпочтением пролонгированных лекарственных форм и комбинированных препаратов.

Коморбидность – (от лат. – «со» – вместе + «morbus» – болезнь) – наличие нескольких хронических заболеваний, связанных между собой единым патогенетическим механизмом, осложняющим диагностику, прогноз и лечение пациента.

Конгруэнтность – полное соответствие внутреннего состояния человека, связанного с переживанием тех или иных потребностей, мыслей и чувств, внешним проявлениям в коммуникации, т.е. тому, что он говорит и как говорит.

Консенсус – единодушное общее согласие, договоренность, характеризующаяся отсутствием серьезных возражений по существенным вопросам у большинства заинтересованных сторон, достигаемых в группе, коллективе путем процедуры, стремящейся учесть мнения всех сторон и сблизить несовпадающие точки интересов посредством открытого выражения взглядов, мнений, последующего обсуждения с целью достижения приемлемого для всех решения.

Медицинское наблюдение – проводимое с определенной периодичностью необходимое обследование пациента в целях своевременного выявления, предупреждения осложнений, обострений заболеваний, иных состояний, их профилактики и осуществления медицинской реабилитации.

Медицинская реабилитация – комплекс медицинских услуг, направленных на восстановление нормальной жизнедеятельности организма пациента и компенсацию его функциональных возможностей, нарушенных в результате заболевания.

Медицинская технология – совокупность взаимосвязанных медицинских услуг, лекарственных средств и медицинских изделий, которые могут быть использованы при оказании медицинской помощи.

Медицинская услуга – медицинское вмешательство либо комплекс медицинских вмешательств, а также иные действия, выполняемые при оказании медицинской помощи.

Миссия МС – оказание помощи конкретным людям, семьям, группам в определении и достижении ими физического, умственного и социального здоровья в условиях окружающей среды, в которой они живут и работают.

Миссия сестринской профессии – комплексный всесторонний сестринский процесс (уход) за пациентом и облегчение его страданий; восстановление здоровья и реабилитация; содействие укреплению здоровья и предупреждению заболеваний, гуманность и милосердие.

Негативизм – немотивированное поведение, проявляющееся в действиях, намеренно противоположных требованиям и ожиданиям других индивидов или социальных групп.

Опека (опекунство, покровительство) и **попечительство** – институт семейного права Республики Беларусь, представляющий собою совокупность правовых норм, регулирующих правоотношения по защите прав и интересов лиц, не имеющих возможности в силу определенных причин самостоятельно осуществлять свои права в этой области. Одна из правовых форм защиты личных и имущественных интересов граждан, включая наблюдение за недееспособными пациентами. Ими могут быть малолетние дети, душевнобольные, одинокие, пациенты преклонного возраста и т.п. Возлагается государством преимущественно на органы опеки.

Патронаж – (франц. покровительство) – вид обслуживания, который предусматривает постоянный контроль состояния здоровья пациентов, регулярное посещение их жилищ, оказание необходимой помощи, проведение отдельных манипуляций.

Правило «сглаживания» – способ превращения накапливающейся энергии конфликта в энергию сотрудничества, проявляющийся в стремлении одного из партнеров не выпускать наружу признаков озлобления, ожесточенности и раздражения, апеллируя к потребности в солидарности и сотрудничестве с оппонентом.

Пациент-ориентированная медицинская помощь – это инновационный подход к планированию, предоставлению и оценке медицинской помощи, основанный на выгодном партнёрстве между представителями здравоохранения, пациентами и их семьями.

Преастения – состояние, предшествующее развитию синдрома старческой астении, характеризующееся наличием отдельных ее признаков, количественно недостаточных для постановки диагноза старческой астении.

Резилиенс-гимнастика – (resilience – возрастная жизнеспособность) физическая активность с акцентом не на борьбу с заболеванием, а на формирование самостоятельной профилактики с целью улучшения психологического состояния и эстетического здоровья человека, улучшения памяти, ассоциативного мышления и профилактики падений. Базируется на «Глобальных рекомендациях по физической активности для здоровья» (ВОЗ).

Салютогенное поведение семьи основано на салютогенной теории – стимулирование «борцовских качеств» семьи по самостоятельному изменению неблагоприятных обстоятельств жизни посредством поддержания социальной компетентности, самостоятельности, уверенности, хобби, внутреннего локуса контроля, деятельности с оптимизмом. Поддерживающие факторы: помощь другим, кто в ней нуждается, доверительные отношения, четко определенные правила поведения в семье, позитивные взаимоотношения детей и родителей и общность ценностей.

Сестринский диагноз – нацеленный на выявление реакций организма в связи с болезнью процесс, который может меняться, предполагает сестринское вмешательство в пределах ее компетенции.

Сестринский процесс – систематическое применение метода решения проблем, направленного на физические, психологические и социальные потребности отдельного человека, семьи или группы людей в отличие от привычного традиционного подхода, основывающегося на профессиональных представлениях о потребности в сестринской помощи. Этот процесс связан с удовлетворением тех здравоохранительных потребностей людей или контингентов населения, которые могут быть удовлетворены наиболее эффективным образом именно посредством сестринской помощи. Представляет собой совокупность 4 действий: обследования, планирования, выполнения и оценки результатов. Это динамичный процесс, ведущий к необходимой адаптации и улучшению здоровья пациента. Метод организации работы медсестры.

Сестринский уход – работа, выполняемая медсестрами в соответствии с их функциональными обязанностями, их ролью. Можно охарактеризовать как поддержание охраны здоровья, уход за больными и оказание реабилитационной помощи.

Социальная фасилитация – стимулирующее влияние поведения одних людей (наблюдение за действиями индивида, соперника) на других, в результате которого их деятельность протекает интенсивнее (например, одни спортсмены улучшают результаты при поддержке болельщиков, другие – тренируясь в уединении; каким-то пациентам необходима психологическая поддержка при известии о фатальном заболевании, другим – одиночество и молчание).

Специализированный гериатрический осмотр – это совокупность диагностических мероприятий, ориентированных не столько на осуществление традиционной нозологической диагностики и выявление имеющихся у пациента заболеваний, но на изучение социального статуса и рисков снижения качества жизни, которые имеются у пациента преклонного возраста.

Старость – закономерный и естественный период индивидуального развития, включающий завершающую фазу человеческой жизни. Характеризуется нарастающей функциональной дезадаптацией в результате внутренних и внешних воздействий, которым пациент подвергался в процессе всей жизни. Исследователи рассматривают старость как совокупность различных потерь (автономии личности) или утрат в этот период жизни, но это и своего рода кульминационный момент накопления опыта и знаний, интеллекта и личностного потенциала пожилых людей, позволяющего им приспособиться к возрастным изменениям.

Старение – непрерывный и нарастающий во времени, необратимый процесс деградации, не являющийся болезнью, приводящий к сокращению адаптационных возможностей организма, создающий предпосылки развития возрастной патологии, увеличивающий вероятность наступления смерти. Постепенный переход старения от этапа к этапу: оптимальное состояние здоровья – наличие факторов риска развития заболеваний – появление признаков патологии – потеря трудоспособности – смерть. Темп старения может быть выражен количественно с помощью показателей, отражающих снижение жизнеспособности и увеличение повреждаемости организма (например, параметры возраста).

Социальное расследование – деятельность государственных органов, государственных и иных организаций по изучению положения о пребывании и обследованию условий жизни престарелых людей в семьях, в отношении которых поступила информация о неблагоприятной для членов такой семьи обстановке.

Тайна врачебная – это информация о пациенте, ставшая известной медицинскому работнику при выполнении им профессиональных обязанностей: факт обращения за медицинской помощью, состояние здоровья, наличие заболевания, диагноз, методы лечения, информация о результатах патологоанатомического исследования (в случае

смерти пациента). Совершеннолетний пациент может самостоятельно определять тех, кому можно сообщать информацию о состоянии здоровья, а также тех, кому нельзя ее сообщать (ст.41 Закона «О здравоохранении»). Пометку об этом необходимо делать в медицинских документах. Если пациент несовершеннолетний – право сообщать информацию, составляющую врачебную тайну, предоставлено родителям или одному из близких родственников. Это может быть брат, сестра, внуки, бабушка или дед (ст.18 Закона «О здравоохранении»).

Уход – научно обоснованный набор медицинских услуг, обеспечивающий гигиеническое очищение полостей, кожи, осуществление отдельно жизненно важных функций (стул, мочеиспускание, дыхание, сон), способствующий положительным изменениям в течении заболевания, повышающий качество жизни не имеющих навыков самообслуживания потребителей. Бывает временным и постоянным. Осуществляется сиделками, обученными членами семьи под контролем или при участии МС.

Фандрайзинг – сбор пожертвований, привлечение сторонних ресурсов для реализации социально значимых задач, культурных проектов или поддержания существования организации. Процесс сбора пожертвований включает в себя поиск потенциальных жертвователей.

Фасилитация – организации общения, при которой врач (МС) вербальными и невербальными сигналами поощряет рассказ пациента.

Эйджизм – дискриминация человека по возрастному критерию, негативно-пренебрежительное отношение, неготовность сотрудничать на равных началах с теми, кто не соответствует некоему возрасту.

Эмпатия – постижение эмоционального состояния, сочувствия, сопереживания, сострадания.

Эмпаурмент – расширение прав и возможностей, общее настроение деятельности, определяемое проводимой руководством политикой.

Эффективная коммуникация – свершившийся коммуникационный акт, в результате которого достигнуты поставленные для взаимодействия цели. Для ее осуществления коммуникатор должен обладать специальным набором навыков общения, которые помогают задействовать чувства и эмоции человека, чтобы добиться от него ожидаемого результата.

Эпидемиологический (демографический) переход – это изменение основной причины заболеваемости и смертности от преимущественно инфекционной патологии к преимущественно хроническим неинфекционным болезням в связи с улучшением благосостояния, здравоохранения, урбанизацией, уменьшением рождаемости, ростом поведенческих рисков и старением населения (А.Омран, 1971).

ISCOPE – научно обоснованный метод, основанный на разработке и внедрении пациент-ориентированной медицинской помощи*, направленной на поддержку здорового старения людей. При этом делается акцент на раннем вмешательстве в приоритетные состояния здоровья, связанные со снижением физических и умственных способностей пациентов преклонного возраста (ограничению мобильности, недоеданию, нарушению зрения и потере слуха, снижению когнитивных способностей и депрессивным расстройствам) (ВОЗ, 2019).

Глава 1. Исторические и эпидемиологические аспекты потребности в медико-социальном уходе в Республике Беларусь

Одним из основных вызовов развитию здравоохранения в XXI веке, подрывающим социально-экономическое развитие во всем мире, становится бремя хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ) и старение населения в мире [3,60]. На начало 2020 г. в Республике Беларусь насчитывалось более 2,3 млн. человек старше трудоспособного возраста [10]. Увеличивается ожидаемая продолжительность предстоящей жизни при рождении, в 2019 г. она достигла 74,5 лет, каждый пятый житель достиг пожилого возраста [3,10,65].

Эпидемия ХНИЗ является сложной социальной и экономической проблемой здравоохранения в развитых европейских странах. Создавая бремя болезней на популяционном уровне, ХНИЗ в Республике Беларусь вносят вклад в виде 89% преждевременной смертности населения (71% – в мире). Доля болезней системы кровообращения во всей преждевременной смертности населения страны составляет 63%. Бремя от ХНИЗ для экономики Беларуси составляет 4,67 млрд. BYN, или 5,4% ВВП (2018). Затраты на лечение ХНИЗ в Республике Беларусь ежегодно составляют 330 млн. BYN.

Давление на общественно-государственные расходы, обусловленные старением населения, возрастает во всех развитых странах: Швеции, Бельгии, США, составляя 20-40% всех расходов национального здравоохранения, что стимулирует поиск наиболее эффективных внебюджетных форм обслуживания с учетом экономических возможностей страны. Объектом деятельности МС и социального работника является человек как совокупность физиологических, психосоциальных и духовных потребностей, удовлетворение которых определяет качество жизни людей, отмеченных в программных документах [36,37].

Рост коэффициента иждивенчества, как следствия снижения адаптационных возможностей организма, приводит к тому, что уровень потребности бенефициаров во всех видах медико-социальной помощи превышает уровень обеспеченности, составляя $1487,8 \pm 15,2$ на 100 респондентов [55,73].

Известные прогнозы ООН к 2025 г. свидетельствуют о том, что удельный вес людей старше 60 лет составит 13% населения Земли. К 2050 г. возраст каждого пятого жителя планеты составит 60 лет или старше [3].

Эта тенденция сложилась около 50 лет назад и отражает совокупный результат быстрого снижения показателей рождаемости и быстро возрастающих показателей продолжительности жизни во многих странах, включая Республику Беларусь [65; эл.рес.4]. Из этого следует, что социально-экономические последствия протекающих процессов имеют всеобщий характер, но требуют различных действий в отдельно взятых странах.

Значительны потери ВВП в Республике Беларусь: 73,4% – от преждевременной смертности в трудоспособном возрасте; 18,7% – от снижения производительности труда; 4,7% – государственные затраты на здравоохранение; 3,0% – от временной нетрудоспособности; 0,2% – пособие по инвалидности. Данные многолетних наблюдений и анализ статистических демографических показателей вековых изменений смертности и продолжительности жизни объяснимы с помощью концепции демографического перехода* [65].

Анализ старения населения в Республике Беларусь, включая исторические периоды с разным государственным устройством страны, за 1914-2018 гг. опубликован [65] и позволяет сравнить темпы эпидемиологического перехода, проанализировать его причины. Начавшийся в Западной Европе в конце XVIII века демографический переход начался и развивался в течение всего XIX столетия, в XX столетии распространился на весь мир [3] и на Республику Беларусь [65].

Доказаны закономерности динамики смертности в первой четверти XXI века, которая в Республике Беларусь изменилась в связи с началом реализации комплексных государственных программ по стабилизации демографической ситуации по смертности населения, ее смещения в старшие возрастные группы.

Научно доказана высокая социальная ориентированность политики государства – независимой Республики Беларусь – на жизнь и здоровье народа. Выступая на Европейской министерской конференции ВОЗ (Минск, 2015) Президент Республики Беларусь А.Г. Лукашенко отметил тенденции развития социальной политики и здравоохранения: «Мы начали с человека, понимая, что без человека не может быть никакой экономики, не может быть никакого государства. В этом отличие нашего пути развития в постсоветский период от других государств. На здравоохранение страны ежегодно выделяются значительные государственные средства. В 2014 г. их объем составил около 6% от ВВП страны. Это только учтенные по линии государства. Огромные средства меценатами, спонсорами выделяются, предприятиями. Я это не на злобу дня говорю, не для того, чтобы польстить кому-то, мы не достигли бы всего этого без помощи ведущих стран в здравоохранении. Мы перенимали ваш опыт, создавая систему здравоохранения постсоветского периода, и как губка впитывали то, что нам нужно».

Планирование профилактических действий в области общественного здоровья предполагает разработку стратегических направлений по укреплению сестринских и акушерских служб, обеспечивающих доступность и основной объем ПМП в Республике Беларусь.

Объективная картина развития демографической ситуации в Республике Беларусь за период 1990-2018 гг. в районах с высоким уровнем старения населения предполагает рост смертности, что обязывает государство на очередном этапе реформирования здравоохранения обеспечить качество медицинской помощи населению в любом возрасте. Этому благоприятствует мнение авторитетных международных организаций на роль МС и Пвр в их деятельном уходе* за пациентами на дому.

Резолюции ВОЗ за период 1988-2019 гг. подчеркивают ведущую роль МС в решении задач медицинской и социальной помощи и повышении ее качества, включая уход [22]. Потребность в этом виде медицинской помощи будет возрастать не только в Республике Беларусь, в связи с особенностями демографических процессов текущего периода [эл.рес.4]. Это касается беспрецедентного увеличения продолжительности жизни людей за последние 50 лет благодаря достижениям медицины и социальным технологиям. Значительным макроэкономическим следствием постарения населения становится рост потребности в медицинской помощи и социальных услугах. Известно, что расходы на медицинскую помощь пациенту пенсионного возраста в три раза больше, чем человеку трудоспособного возраста.

Продолжая поиск причин, влияющих на демографические стратегически важные для государства показатели рождаемости и смертности, рассмотрены основные их них.

Факторы ХНИЗ, влияющие на рождаемость и смертность известны:

- изменение климата
- химическое загрязнение среды жизнедеятельности
- демографическое постарение населения
- изменение характера питания
- поведенческие риски и депрессия
- мало изученные болезни.

Человечество не имеет опыта проживания в условиях глобальных рисков здоровью и эпидемиологического перехода, в связи с чем, целесообразно изучение разнообразного опыта в области сохранения и укрепления здоровья населения. Начинает свое развитие адаптационный менеджмент в форме индивидуальной адаптации и первичной общественной профилактики социально-экологических систем. Этому изучению

способствует переход от патолого-центристской парадигмы «врач – больной» к здравоцентристской парадигме «врач – здоровый индивидум – здоровое общество».

Исследование (STEPS 2016-2017) ВОЗ [60] показывает картину распространенности факторов риска ХНИЗ в Республике Беларусь: 40,5% населения (47,9% мужчин, 33,7% женщин) имеют 3 и более факторов риска: ежедневное табакокурение; потребление менее 5 порций овощей и/или фруктов в день; гиподинамию; избыточную массу тела; повышенное артериальное давление.

Для обеспечения благоприятной среды обитания была предложена идея по устойчивому развитию для человечества. Это достижение такой гармонии со средой обитания, когда при использовании любого социального, общественного и природного ресурса учитываются, в первую очередь, не экономические интересы, а задачи по минимизации факторов, способных отрицательно повлиять на человека, его здоровье, условия его жизнедеятельности и окружающую экологию.

В 2015 г. Генеральная Ассамблея ООН при рассмотрении «Повестки дня в области устойчивого развития на период до 2030 года» утвердила Цели устойчивого развития (17 Целей устойчивого развития (ЦУР) [эл. рес. 14] и 169 подчиненных им задач). ЦУР – это взаимно дополняющие, взаимно расширяющие и взаимно развивающие задачи, которые должны быть решены человечеством [эл.рес.14]. Они представляет собой четкую дорожную карту построения будущего, в котором каждый житель Земли будет благополучен и успешен. Цель – сохранение всего хорошего, что есть в жизни и мире сегодня, и положить конец всему, что лишает надежды на счастливое завтра.

Программно-целевое планирование и контроль в достижении ЦУР в Республике Беларусь обеспечены Указом Президента Республики Беларусь А.Г. Лукашенко от 25.05.2017 г. №181 «О Национальном координаторе по достижению Целей устойчивого развития» и Приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 21.11.2017 г. №1332. Национальный координатор и Совет будут докладывать Правительству и Президенту Республики Беларусь о прогрессе выполнения ЦУР, вносить рекомендации по его совершенствованию. Как считал М. Мид: «Первичная задача любого общества – сохранить сотрудничество людей в кооперативных формах труда, и любое положение вещей, делающих всех членов общества врагами друг друга, для него фатально».

Комплексный подход к решению демографических проблем и программно-целевое планирование в Республике Беларусь на основе научного анализа позволяют выявлять имеющиеся трудности в обеспечении долгосрочного ухода наиболее многочисленной когорте пожилых и старых пациентов в амбулаторно-поликлинических организациях (АПО) и на дому.

В настоящее время в мире существует определенное расстояние между системами здравоохранения и социальной помощи, которое в Республике Беларусь предстоит сокращать за счет совершенствования взаимодействия функций Пвр и МСОП в условиях становления работы ВОП [48,49,51]. Для полноценного взаимодействия МС следует ориентироваться в системе социального обслуживания. Она представлена государственными органами (Президент Республики Беларусь, Совет Министров Республики Беларусь, Минтруда и соцзащиты Республики Беларусь, местные исполнительные и распорядительные органы), государственными организациями (хосписы, дома-интернаты для лиц преклонного возраста, детей-инвалидов, территориальные центры социального обслуживания (ТЦСО), специальные дома для ветеранов) и иными юридическими лицами (коммерческие и некоммерческие организации и индивидуальные предприниматели).

Система здравоохранения Республики Беларусь руководствуется принципами Организации Объединенных Наций (ООН) (резолюция Генеральной Ассамблеи ООН 40/91) (другие всемирные Ассамблеи по старению-1982, 2015) в отношении реализации стратегии по обеспечению полнокровной жизни лицам преклонного возраста [эл.рес.13].

ICOPE* является современным научно обоснованным подходом для поддержки здорового старения людей в системе здравоохранения страны, базирующемся на разработке и внедрении модели координированной помощи человеку [62,64].

Основные положения ICOPE включают выводы:

1. В системах здравоохранения ключевым элементом поддержки здорового старения* является оптимизация индивидуальной жизнеспособности и функциональных способностей с учетом постепенного снижения физических возможностей пациента [1,69].

2. Зависимость от посторонней помощи пациента можно предотвратить при своевременной диагностике и ведении важных расстройств здоровья, обуславливающих снижение индивидуальной жизнеспособности.

3. Для замедления этого процесса Пвр, МС в АПО и социальные работники в ТЦСО необходимо вести работу по выявлению пожилых людей со снижением физических возможностей, а также по организации им социального расследования* и ухода на участке ВОП (новое).

4. Расстройства здоровья, связанные с индивидуальной жизнеспособностью взаимосвязаны и требуют комплексного подхода, ориентированного на людей, на основе комплаенса*.

Разработана Национальная стратегия Республики Беларусь «Активное долголетие - 2030», определившая цель, принципы, задачи и направления государственной политики с учетом демографических тенденций и рисков.

В настоящее время наблюдаются тенденции к преодолению разрыва между здравоохранением и социальной помощью за счет формирования системы долговременного ухода*. Модель пациент-ориентированной медицинской помощи* применима в уходе за пациентом на дому. Введена должность нового специалиста – Пвр, разработаны нормативы его нагрузки на приеме и во время визита на дом, пересмотрены роль и расширены функциональные обязанности, разрабатывается система преемственности в оказании медико-социальной (в будущем – интегрированной*) помощи [23,25,26; эл.рес.2,3)].

Будущее состояние дел по оказанию помощи в долговременном уходе за пациентами на дому предполагает следующее:

- рост числа, доли и разнородности пожилых немощных людей вызовет развитие спектра этого вида услуг в форме интегрированной помощи*, включающей фандрайзинг* [17] и эмпаурмент* [54];

- семья и друзья больного человека останутся основными источниками долговременного ухода и в ближайшем будущем;

- технологические нововведения по ведению МС электронной медицинской карты (ЭМК) на основе сестринского процесса* и принятие международных стандартов по уходу на дому будут способствовать расширению формальной помощи подобного рода на рынке услуг;

- политические деятели и ученые должны будут развивать альтернативы ухода за нуждающимися людьми по месту жительства, с предложением широкого диапазона услуг, в том числе по питанию и проживанию, а также поиском стимулов для салютогенного поведения семьи* [31; прил.4,5];

- категории будущих лиц преклонного возраста станут лучше осведомлены об альтернативах долгосрочного ухода, захотят организовывать и управлять собственным уходом, искать информацию по своему выбору. Этому будет способствовать выявление лиц, находящихся в социально опасном положении*, витаукт* на фоне развития геронтологии* и гериатрии*, использование элементов цифровизации в здравоохранении и социальной работе, на фоне совершенствования механизмов интегрированной помощи*;

- потребуются изменение соотношения между объемами ресурсов здравоохранения, для нужд различных возрастных групп, что приведет к фундаментальным изменениям системы общественного здравоохранения в подходах к старению [52,54,55,62,64].

Известные положения об оказании комплексной интегрированной помощи пожилым людям и составлении схем организации ухода, ориентированного на потребности людей в системе ПМП (ВОЗ, 2019) свидетельствуют о серьезном внимании к ней для совершенствования. Среди факторов, содействующих реализации Европейской рамочной основы действий по организации и предоставлению услуг здравоохранения (ЕРБ ВОЗ, 2016) авторами избраны обучение компетентных кадров средних медицинских работников по уходу с внедрением инновационных технологий и цифровизации здравоохранения, в чем особенно преуспела Словакия (ВОЗ, 2019).

В качестве реализации третьего направления сотрудничества Европейского центра ВОЗ по предоставлению ПМСП, касающегося разработки управления знаниями, в ежегодном отчете ЕРБ ВОЗ о проводимой работе 2019; об оказании комплексной помощи, ориентированной на потребности пациента, в соответствии с моделью ICOPE*; согласно резолюции (п.5) II Национального конгресса с международным участием от 17.12.2021 г. о признании положительным опыта работы кафедры ОЗиЗ БелМАПО по обучению сестринских руководителей и кадрового резерва (на платформе <https://www.vsmu.by/congress2021>) – отметим значимые для темы пособия и самообразования средних медицинских работников материалы:

- ✓ по обеспечению деятельности МС по работе с лицами с психическими расстройствами и зависимостями [34; эл.рес.7,10], что соответствует обучающему семинару 16 октября 2019 г. в Казахстане, Алматы;

- ✓ по улучшению неонатального и детского здоровья и улучшения доступности услуг здравоохранения для решения отдельных проблем в области материнства, неонатального и детского здоровья (Матвейчик Т.В., Шишко Г.А., 2018), что согласуется с темой обучающего семинара 28 ноября 2019 г. в Дании, Копенгаген;

- ✓ по совершенствованию функций и возрастанию роли Пвр и МС [эл.рес.2,3], что соответствует конференции Европейского форума по ПМСП 1 октября 2019 г. во Франции, Париж;

- ✓ по увеличению уровня ответственности Пвр и МС в осуществлении паллиативного ухода на дому (ряд семинаров и конференций ВОЗ 2018-2019 гг.) [25];

- ✓ по возрастанию грамотности в осуществлении технологий медико-социального взаимодействия* в работе Пвр, МС и социальных работников [24,26], что соответствует темам семинаров и конференций ВОЗ 2016-2019 гг.

Мотивационное воздействие на развитие и обучение исполнителей долговременного ухода за пациентами

Важнейшей проблемой организации долговременной интегрированной помощи*, типичной для всего Европейского региона, является недостаток квалифицированного персонала. Исследования в области профессиональной мобильности в 17 странах Европейского Союза свидетельствуют, что намерение МС выехать в другие страны в 2004-2009 гг. для Эстонии, например, составило от 1,4% (2004) до 1,6% (2009), для Литвы в тот же период от 10,4% до 11,1%, для Польши – 3%, Словении – 0,05%, а в последние пять лет миграция медицинских работников еще более возросла.

В соответствии с новой Европейской политикой здравоохранения (Здоровье – 2030), итогом стратегии развития медсестринских и акушерских служб станут улучшение показателей здоровья семьи и общества путем оказания культурологически ориентированных, доказательных услуг этих специалистов, т.е. комплексное обслуживание с акцентом на программы по отдельным нозологиям согласно социального диалога в рамках одного государства и создания оптимальных рабочих условий. Уровень малообеспеченности населения в 2015 г. составлял 5,1%, в 2018 г. – 5,6%, что заставляет обратить внимание государства на развитие долговременной интегрированной помощи и на совершенствование механизмов опеки*, на стимулы салютогенного поведения семьи*.

Демографическая статистика в странах Европейского Союза свидетельствует о том, что имевшее место в 2012 г. соотношение числа нетрудоспособных лиц старше 65 лет к

трудоспособным как 1: 4 изменится к 2050 г. на соотношение 1: 2, что приведет к возрастанию потребности в долговременном уходе, значительная часть которого будет осуществляться на дому.

Профессиональная подготовка Пвр и МС на основе непрерывного медицинского образования является стратегическим направлением развития медицинского образования не только в Республике Беларусь, в Российской Федерации, но и в мире.

Суть стратегии для братских государств – развитие непрерывного медицинского образования [35,56; эл.рес.2], перенесенного на уровень вузов [76] с помощью новых форм, одной из которых является мастер-класс [эл.рес.6] и дистанционное симуляционное обучение [18,68]. Современными трендами в медицинском образовании сегодня являются использование виртуальных пациентов в подготовке врачей и МС и в новых стимулах в обучении [68,70,80].

Новым горизонтом обучения практическим медицинским навыкам, влияющим на качество медицинской помощи, мировая медицинская наука видит в симуляционном обучении (симуляция – имитация, моделирование, реалистичное воспроизведение процесса). Это современная технология обучения и оценки практических навыков медицинских работников, умений, знаний, которые базируются на имитации клинической ситуации, взятой из комплексного представления о человеке, болезни и разных вариантах ее развития.

В мировой практике эта технология обучения медицинских работников применяется более 20 лет, отработанные на компьютере или особом приборе (симуляторе) какие-либо врачебные (сестринские) навыки позволяют при аттестации учесть соответствие уровня знаний и практической подготовки [18,68,80]. Подобный контроль осуществляют теоретическим опросом, компьютерным тестированием симуляционными приборами или манекенами, и даже с помощью нанятых актеров.

Для обеспечения адекватной рабочей силы предстоит использование различных стимулов для набора и удержания сиделок и МС по уходу – денежными стимулами в виде зарплат, социальным пакетом, премиями, внутренними стимулами МС в потребности в благодеянии*.

В учебные программы для Пвр и МС необходимым станет введение обучения их фасилитации в общении с пациентом*, эффективной коммуникации* с учетом комплаенса*, достижения консенсуса* и компромисса*, преодоления барьеров общения*.

Необходимым в обучении этическим нормам взаимодействия МС станет изучение витаукта* при старении человека, эмпатии, развитие личностных качеств МС* на основе миссии МС* и сестринского процесса, уже введенным в учебные программы повышения квалификации для главных МС и кадрового резерва в БелМАПО.

Развитие альтернативного общего фонда медицинских кадров по уходу, осуществляемое в деятельности БОКК, включит пожилых женщин и мужчин, которые захотят продолжить работать после выхода на пенсию. Особое внимание будет уделено развитию значимости ухода для пациентов преклонного возраста и пропаганде волонтерского движения через иные общественные молодежные организации.

Развитие цифровизации в здравоохранении, технологий телемедицины будет способствовать помощи к большему доступу к информации потребителям долговременного ухода и членами их семей в осуществлении взаимодействия с обществом. С увеличением числа пожилых лиц, владеющих компьютером, станут возможными компьютерные программы по обучению людей с ограниченными возможностями на дому.

Совершенствование обучения МС и лиц по уходу (сиделок) может происходить по заявкам ТЦСО и включать различные направления, обусловленные возрастанием потребности в этих специалистах для долговременного ухода за пациентами с ограниченными способностями:

- активизацию внимания политических деятелей на работу с учреждениями медицинского образования по распространению обучающих программ по гериатрии и совершенствованию функций взаимодействия Пвр, МС с социальными работниками и служащими других сфер, связанных со здравоохранением;

- применение финансовых надбавок, например, за сложность и тяжесть труда при транспортировке маломобильных инвалидов и др., и социальных стимулов, сокращение продолжительности рабочего дня, недели и трудового отпуска, увеличение норм нагрузки /пациентов/ час при уходе как для Пвр, для мотивации в ходе обучения осознанному выбору желающих работать в специфичной сфере в гериатрии;

- работать не только в государственном, но в частном, и общественном секторе, предлагая бесплатное обучение волонтерам, осуществляющим уход лицам с ограниченными способностями, используя фандрайзинг* как средства поддержки общества.

Традиционные подходы к здоровью пациентов преклонного возраста акцентировали внимание на диагностике и лечении, в основе которых лежали представления о расстройствах здоровья.

Принятый в гериатрии синдромальный подход на основе сестринского процесса* в основе которого лежит специализированный гериатрический осмотр*, патронаж*, медицинское наблюдение* наиболее известен не только за рубежом, но и в стране, однако Пвр и МС нуждаются в обучении его проведению на курсах повышения квалификации.

Внимание к гериатрическим синдромам остается важным, однако чрезмерный акцент в образовании на этот аспект приводит к тому, что без внимания остаются такие нарушения индивидуальной жизнеспособности, сопутствующие старению, как ухудшение слуха, зрения, памяти, снижение двигательной активности, характерная утрата других функций и их абилитация* [26,69]. Выявление гериатрических синдромов МС и Пвр, медицинское наблюдение* и уход* для коррекции возрастных нарушений будет содействовать благополучию и качеству жизни многочисленной части населения в определенный период жизни.

Большинство медицинских работников нуждаются в соответствующих рекомендациях и подготовке по гериатрии для того, чтобы они могли распознавать и эффективно вести и вносить коррективы в снижение индивидуальной жизнеспособности пациентов [69,73]. По мере старения населения и постепенного снижения физических возможностей части пациентов более острой становится необходимость разработки всеобъемлющих подходов по месту проживания людей, включающих мероприятия по профилактике снижения индивидуальной жизнеспособности, содействию здоровому старению и поддержке лиц, осуществляющих уход за пациентами преклонного возраста. Этой цели служит предлагаемая ВОЗ концепция ICOPE* – оказания комплексной помощи пожилым и старым людям с учетом градации возрастных периодов жизни человека по классификации Европейского регионального бюро ВОЗ:

- Молодой возраст – 25-44 года
- Средний возраст – 45-59 лет
- Пожилой возраст – 60-74 года
- Старческий возраст – 75-90 лет
- Долголетие – старше 90 лет.

Требования к системе долговременного ухода за пациентами

В Республике Беларусь имеют место определенные особенности партнерства государства и общества. Так, с помощью государственно-частного партнерства осуществляется традиционная задача государства по обеспечению адекватного финансирования социально значимых программ [36].

Опыт стран Европейского Союза в этом вопросе составляет более 25 лет, но механизмы осуществления меняются. Государственно-частное партнерство – это юридически оформленное на определенный срок взаимовыгодное сотрудничество органов

и организаций светской власти и субъектов, занимающихся бизнесом, но в сфере непосредственно государственного интереса и контроля [17]. При подобном подходе принципы, влияющие на медицинскую помощь, аналогичны тем, которые применяются западноевропейскими государствами:

- законность на основе соблюдения норм права;
- государственная поддержка партнерства с учетом инициативы населения;
- учет интересов и потребностей людей;
- взаимная выгода отношений государства и бизнеса по справедливости и добросовестности исполнения обеими сторонами.

Универсальная **система долговременного ухода**, доступная нуждающимся в ней людям, должна отвечать определенным **требованиям**:

- подходить людям всех возрастов, соответствовать потребностям пациентов с различными степенями физических и умственных отклонений;
- должна быть восприимчива к нуждам подопечных и их семьям;
- набор услуг по уходу должен включать процесс оказания помощи семье;
- предоставлять пациентам варианты ухода, подходящие по жилищным и финансовым требованиям на основе витуакта*;
- быть достаточно динамичной, чтобы справляться с интенсивными, хроническими и не медицинскими социальными потребностями;
- пациенты преклонного возраста должны иметь возможность быть более независимыми, включая возможность управления здоровьем и безопасностью [54,55,62,64,73; эл.рес.8,13].

На основании проведенного анализа следует выделить определенные сложности для перспектив развития долговременного ухода за пациентами на дому:

- недостаток обученных и квалифицированных кадров МС и сиделок является проблемой, как и финансирование оказания помощи в уходе на дому [70];
- существует дефицит медицинских работников, имеющих квалификацию по гериатрии (до 5%), несмотря на старение населения и возрастающую демографическую потребность [65; эл. рес.4];
- имеется недостаточно материальных и финансовых стимулов и иных преимуществ, профессионального одобрения в обществе получать образование по гериатрии, совершенствовать алгоритм и технологии по уходу на дому за пациентами преклонного возраста, лицами с ограниченной дееспособностью или ХНИЗ с исходом в инвалидность, что приводит к текучести кадров.

Быстрая сменяемость кадров вызывает финансовые и психологические затраты для ОЗ и системы социальной защиты, приводит к увеличению объема работы и ухудшает состояние здоровья и увеличивает нагрузку на оставшихся работников. Набор персонала и его удержание в системе оказания долговременного ухода будет улучшен при определенных условиях. Например, предоставление конкурентоспособной зарплаты, как важного фактора, но не основного, поскольку часть МС и сиделок получают удовольствие от заботы и кормления, ищут профессионального одобрения, карьерных возможностей, доступа к непрерывному медицинскому образованию. Ряд исследователей находят целесообразным стимул в надбавках за стаж по уходу, применение средств малой механизации в уходе за инвалидами, вовлечение волонтеров, поощрение успешных производственных отношений с МС по уходу (Feldman, 1994, Banaszak-Holl and Hines, 1996).

Расширение содержания профессиональных обязанностей Пвр, МС на участке ВОП регламентировано своевременно разработанными нормативными правовыми актами [48,49,51; эл.рес.2,3; прил.11]. Выделена новая роль МС в учете не только медицинских, но и социальных потребностей человека [26,27,33; эл.рес.2,3; прил.11].

В отчете о состоянии сестринского дела в мире [76] отмечена новая роль МС: «Ключевую и все более важную роль в усилиях общества по решению актуальных проблем общественного здравоохранения, в обеспечении непрерывности помощи и в соблюдении прав и удовлетворении меняющихся потребностей людей играют медицинские сестры и акушерки» (ВОЗ, Женева, 2020), что является преемственной тактикой в предыдущие годы [22,57].

В Венской декларации по сестринскому делу в поддержку европейских задач по достижению здоровья для всех (Австрия, 1988) были пересмотрены роль, система обучения и практическая деятельность МС, а также подтверждена роль сестринской помощи как одного из основных факторов по вкладу в общественное здоровье, усиленная в Мюнхенской декларации (ФРГ, 2000). Было отмечено: «...потенциал медсестер по отношению к ПМСП может быть наилучшим образом реализован...Необходимо адаптировать политику и определить характер мероприятий, которые позволили бы медсестрам выполнять свою новую роль в рамках системы ПМСП с достаточной самостоятельностью». Этот вывод был доведен до сведения Министров и организаций здравоохранения, профсоюзов всех работников здравоохранения, регламентирующих органов о новой роли МС, партнерстве со службами на местном, областном и национальном уровнях.

Предсказано, что потенциал МС усилится при условии прочного фундамента в обучении с последующей практикой, совместной с учетом социальных потребностей в медицинской помощи пациентов [22, 56,57,76].

Сближение системы здравоохранения с системой социального обеспечения посредством интеграции, формальной и неформальной поддержки пациентов преклонного возраста и ослабленных людей наблюдается во всем Европейском регионе.

Желание государства сделать полнокровной жизнь лиц преклонного возраста определяет роль и место в обществе, включая независимость, уход, участие в социальном развитии, возможности в реализации внутреннего потенциала. Для решения этих вопросов в мире созданы национальные ассоциации, в 1950 г. – Международная ассоциация геронтологов, в г. Минске она существует с 1979 г. [20].

Резюме. Потребность в уходе за пациентами на дому обусловлена особенностями трансформации демографических показателей здоровья населения современного периода, состоянием материально-технического обеспечения системы ПМП, развитием медицинской реабилитации [1,53,65,73].

Практика осуществления медико-социального ухода за пациентами на дому [26,55] требует развития концептуальной модели ухода с применением новых алгоритмов и элементов цифровизации.

Для преодоления устойчивого мнения общества и врачей о МС как о помощнике без самостоятельной роли, мешавшее развитию профессионального самосознания МС, необходимо продолжение развития их роли, возрастания уровня самостоятельности и ответственности функций в осуществлении поддержки слабых, нуждающихся пациентов преклонного возраста и одиноких пациентов [52,55].

Для этого необходимы комплексные усилия органов управления здравоохранением и совершенствование образования Пвр и МС, применение всех известных форм мотивации к труду, изменяя отношения общества к старости и деятельности Пвр (возможно, по гериатрии) и МС по уходу. Уместно вспомнить цитату о милосердии Фомы Гемеркен Кемпийского: «...ибо нет никого без порока, никого, без бремени, никто сам в себе не доволен, никому своей мудрости недостаточно; но приходится друг друга терпеть, друг друга утешать, друг другу помогать и увещивать друг друга...», что актуально при рассмотрении проблем обеспечения ухода на дому за пациентами в системе ПМП [26,52,54,55].

Вопросы для саморазвития

1. Каково значение и последствия организационно-технологического перехода здравоохранения?
2. В чем состоят перспективы для населения Национальной стратегии Республики Беларусь «Активное долголетие – 2030»?
3. Каковы тенденции в образовании МС по уходу и сиделок?
4. Что такое ICOPE?

Глава 2. Особенности и алгоритмы оказания медицинской помощи пациентам преклонного возраста помощниками врача по амбулаторно-поликлинической помощи, медицинскими сестрами

Старость не может быть счастьем. Старость может быть покоем или бедой. Покоем она становится, когда ее уважают. Бедой ее делает забвение и одиночество.

В.А. Сухомлинский

Прогнозы ООН свидетельствуют о том, что к 2025 году удельный вес людей старше 65 лет составит десятую часть человечества. К 2030 г. доля жителей планеты в возрасте 65 лет увеличится до 12%, а к 2050 г. – до 16%. Каждый 11 человек перешагнул 65-летний рубеж, к 2030 г. – будет каждый 8-й. Из этих данных делается вывод об ускорении глобального старения населения и возрастании потребности в уходе [3,76].

Для оказания доступной и качественной помощи пациентам преклонного возраста в стране существует гериатрическая служба. В конце 2016 г. создан Республиканский геронтологический центр (активного долголетия) на базе УЗ «Республиканский клинический госпиталь инвалидов Великой Отечественной войны им. П.М. Машерова» (приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 30.12.2016 г. №1336). В регионах страны (Брест, Витебск, Гомель, Гродно, Минск, Могилев) имеются гериатрические центры, работающие на функциональной основе, на штатной основе работает центр на базе УЗ «14-я центральная районная поликлиника Партизанского района г. Минска», действует 161 гериатрический кабинет. Также функционирует 4717 кокс сестринского ухода в больницах сестринского ухода (БСУ) и 244 медико-социальных койки. [10,66].

Востребованной становится форма долговременного ухода на дому, патронаж, стационар на дому или смешанная форма, сочетающая стационар на дому, патронаж и паллиативную помощь [25-27,33,37,52,54,55,62,64,73].

Общие принципы деятельности системы здравоохранения в Республике Беларусь в отношении к пациентам преклонного возраста

- сохранение основ государственной системы с постепенным расширением доли частной медицины;
- обеспечение и защита прав пациента вне зависимости от возраста;
- укрепление здоровья и профилактика заболеваний [74 эл.рес.1,7,8];
- сохранение и совершенствование механизмов, уже доказавших свою эффективность [23,25,61,62; прил.15; эл.рес.2,3];
- внедрение элементов доказательной медицины [19];
- модернизация отрасли здравоохранения в соответствии с международными стандартами [2,3,22,52,56,57,61,62,66];
- системный подход и научно обоснованные приоритеты по решению проблем охраны здоровья населения [6,53,73];
- внедрение концепции терапевтической среды. Это часть окружающей среды, непосредственно или косвенно оказывающая любое воздействие на различные аспекты сущности пациента, находящегося в медицинских и социальных учреждениях с целью осуществления профилактических, лечебно-диагностических, реабилитационных, поддерживающих мероприятий, а также наблюдения и ухода за ним [3,4,14,59,69].

Разработана Национальная стратегия Республики Беларусь «Активное долголетие – 2030», определившая цель, принципы, задачи и направления государственной политики с учетом демографических тенденций и рисков. Национальная стратегия «Активное долголетие – 2030» утверждена Постановлением Совета министров Республики Беларусь от 3 декабря 2020 №693. Цель: создание условий для эффективной реализации потенциала престарелых и системная адаптация государственных и общественных институтов к проблеме старения, в основе которой лежит особый процесс – витаукт*, стабилизирующий жизнеспособность, увеличивающий продолжительность жизни

человека, замедляющий старение. Старение – особый период биологической жизни человека, это непрерывный постепенный переход организма от этапа к этапу: оптимальное состояние здоровья – наличие факторов риска развития заболеваний – появление признаков патологии – потеря трудоспособности – летальный исход.

Согласно инициативе ВОЗ, поддержанной ООН, об объявлении 2021-2030 гг. Десятилетием здорового старения (утвержденной 73 сессией Всемирной ассамблеи здравоохранения), перед обществом поставлены стратегические цели:

- изменить отношение к старости и процессу старения;
- научить людей заботиться о здоровье и стареть правильно;
- создать условия для развития потенциала у лиц старшего возраста;
- предоставить интегрированную помощь, включая ПМП;
- обеспечить людей старшего возраста необходимой долговременной

поддержкой [3].

Указанными направлениями в осуществлении целей научить мир стареть с достоинством помогают направления: создаваемая благоприятная среда обитания [74], при необходимости обеспечение комплексного и длительного ухода, борьба с иждивизмом* [54].

Между тем, улучшение организации сестринской помощи пациентам преклонного возраста [26,27,34] может помочь в решении серьезных медицинских, социальных и нравственных проблем современного общества [24,33,53,73].

Рассмотрим, что представляет собой гериатрический пациент*. Это лицо старше 75 лет, имеет синдром старческой астении* (англ. – frailty), развивающийся на фоне коморбидности*, требующей холистического подхода с принятым синдромальным подходом в диагностике и лечении. Особенности клинической картины в виде сложности для диагностики и терапии, влияющие на качество жизни гериатрического пациента, требуют подключения к консультациям ряда других специалистов. Это геронтолог, физиотерапевт, диетолог, инструктор адаптивной физической культуры – АФК, психолог, социальный работник, как в Венгрии, что может быть реализовано путем применения многопрофильных бригад, реализованных в Польше и наращивающих потенциал в Казахстане (ВОЗ, 2019).

Стратегия по обеспечению полноценной жизни пациентам преклонного возраста базируется на парадигме здорового старения, обсужденной в докладе «Старение и здоровье» (ВОЗ, 2015), докладе (ООН,2019). Рекомендовано уйти от термина «активное долголетие», его заменил термин «здоровое старение», в основе которого лежит понятие о функциональных способностях [69].

Задачи стратегии «Активное долголетие – 2030»:

- обеспечение защиты прав и достоинства пожилых лиц;
- стимулирование более продолжительной трудовой жизни с комфортным уровнем дохода;
- возможность обучения всю жизнь, расширение доступа к повышению квалификации;
- условия для активного долголетия;
- развитие социального обслуживания и качества жизни;
- создание инфраструктуры для жизни престарелых людей.

Осуществлению задач стратегии «Активное долголетие – 2030» способствуют новые формы работы по медицинскому и социальному обслуживанию пожилых и старых пациентов:

- оплата услуг на основе договоров пожизненного содержания с иждивением (ренты);
- предоставление возможности временного (до одного месяца) пребывания в больнице сестринского ухода (БСУ) для обеспечения социальной передышки ухаживающим за пожилым или старым человеком членам семьи [прил.3-5,11];

- социальное обслуживание в замещающей семье;
- механизм государственного социального заказа [55].

Поскольку течение хронических болезней пациентов преклонного возраста имеет затяжной характер, рассматривают 3 ступени долговременной помощи:

- институциональную ступень (реабилитация в условиях специализированных отделений БО, хосписа, уход при купировании остроты ХНИЗ до состояния компенсации, насколько позволяют анамнез и возможности медицины);
- по месту жительства ступень (отделения дневного пребывания для реабилитации и медицинским/ социальным дневным уходом);
- ступень на дому (медицинский уход, мониторинг состояния пациента) как составная часть системы услуг пожилым по месту жительства, включающей ТЦСО, центры дневного пребывания, психического здоровья, хосписы).

Наиболее востребованной и экономически эффективной признается модель интегрированной медико-социальной помощи в уходе на дому.

Приоритетами модели интегрированной медико-социальной помощи в уходе на дому являются:

- поощрение здорового образа жизни (ЗОЖ) и здорового поведения в течение жизни [74; эл.рес.8,9];
- адресная работа по поощрению ЗОЖ на базе индивидуальной программы «Активное долголетие» (прил.7) по примеру других школ [30,61,72; эл.рес.8,9].
- персонифицированный и интегрированный подход к оказанию медицинской помощи [26,28,54; эл.рес 3,9,12];
- развитие гериатрической службы как единой системы долговременной помощи [2,26];
- стратегический подход к сохранению психического здоровья в соответствии с потребностями престарелых пациентов [34;эл.рес.7,9];
- новые методики реабилитации на основе модели по мотивации активного долголетия пожилых людей [24-26];
- практика физкультурно-оздоровительных услуг пожилым гражданам по месту жительства и в специализированных центрах [31,35,52,54,55,62,72,73].

Для выполнения поставленных задач и достижения результата следует выполнять особые действия с помощью комплаенса*, означающего действие медицинского работника в соответствии с запросом или указанием пациента. Это достижение взаимопонимания и согласия в триаде «пациент – МС – врач» за счет рационального наблюдения и ухода за престарелым пациентом. Подобное согласие предполагает обязательное выполнение больным человеком врачебных (сестринских) рекомендаций, соответствующих каким-либо внутренним или внешним требованиям или нормам пациента. При этом, старческий возраст не служит причиной недостаточного взаимодействия. Правильный подход обеспечивает достижение результата использованием словесных и письменных инструкций, уменьшением числа назначаемых медикаментов, предпочтением пролонгированных лекарственных форм и комбинированных препаратов.

Главная задача сестринского дела – помощь отдельным лицам, семьям в определении и реализации их физического, психического, социального потенциала с учетом неблагоприятных для пациента условий жизни и работы с учетом возрастных особенностей.

Для ее выполнения Пвр и МС необходимо понимание клинического состояния подопечного пациента по отношению к его функциональным возможностям и потребности в медицинской реабилитации [1,6,53,69].

Выделение клинко-реабилитационных групп (Ильницкий А.Н., Старцева О.Н., 2016)

- I клинко-реабилитационная группа – пациент не имеет умеренных и выраженных ограничений общей двигательной активности и когнитивных нарушений;
- II клинко-реабилитационная группа – пациент имеет умеренные нарушения гериатрического статуса их делят на 2 подгруппы:
 - 2.1. Пациенты с наличием умеренного когнитивного дефицита при отсутствии нарушений или легкой степени нарушений общей двигательной активности;
 - 2.2. Пациенты с умеренными нарушениями общей двигательной активности, у которых не выявлено когнитивных нарушений;
- III клинко-реабилитационная группа – пациенты с тяжелыми нарушениями гериатрического статуса, тоже подразделяют на 2 подгруппы:
 - 3.1. Пациенты с сочетанием тяжелых и умеренных нарушений общей двигательной активности и когнитивных функций;
 - 3.2. Пациенты со значительными нарушениями общей двигательной активности и тяжелым когнитивным дефицитом (терминальная стадия старческой астении).

Это облегчает понимание действий МС или Пвр, как стратегических, так и тактических, при осуществлении ухода за пациентом на дому.

Функции МС с точки зрения Европейского регионального бюро ВОЗ так определяет их:

- осуществление сестринского ухода (профилактические меры, сестринские вмешательства, связанные с реабилитацией, психологической поддержкой);
- обучение пациентов знаниям и навыкам, относящимся к сохранению и восстановлению здоровья человека, предоставление информации на соответствующем пониманию пациента уровне;
- исполнение МС зависимой и независимой роли в составе команды ВОП, сотрудничество с пациентом, его семьей в планировании, организации, управлении уходом через обсуждение плана и результатов лечения [62; эл.рес.13].

Уход* – научно обоснованный набор медицинских услуг, обеспечивающий гигиеническое очищение полостей, кожи, осуществление отдельно жизненно важных функций (стул, мочеиспускание, дыхание, сон), способствующий положительным изменениям в течении заболевания, повышающий качество жизни не имеющих навыков самообслуживания потребителей. Бывает временным и постоянным. Осуществляется сиделками, обученными членами семьи под контролем или при участии МС.

Методом организации работы МС является сестринский процесс* на основе патронажа* с целью обеспечения приемлемого качества жизни пациента путем обеспечения ему максимально возможного комфорта (физического, психосоциального и духовного) с учетом культуры, жизненного опыта и способностей к взаимодействию [1,27,33,62,64].

Преимуществами сестринского процесса являются системность, индивидуальность осуществления, соучастие пациента, эффективное использование времени и ресурсов МС, универсальность [27,33,54].

Представляет собой совокупность 4 действий: обследования, планирования, выполнения и оценки результатов. Это динамичный процесс, ведущий к необходимой адаптации и улучшению здоровья пациента.

Этапы сестринского процесса:

I. Сестринское обследование (анамнез, диагноз врача, жалобы в настоящее время).

II. Сестринская диагностика как определение проблем пациента (объективное обследование физического и психосоциального состояния) путем специализированного гериатрического осмотра* (СГО) (прил.17). Различия *врачебного* и сестринского диагнозов (не изменяется, выявляет конкретное заболевание, сущность патологического процесса, в основе – патофизиологические и патологоанатомические изменения и

причины, формулируется в терминах врачебной компетенции). *Сестринский* диагноз описывает внешнюю ответную реакцию, представления самого пациента о состоянии и жалобах в удовлетворении основных человеческих потребностей (прил.7) как результате нарушения функций, изменив, формулируется в терминах сестринской компетенции. Пвр и МС осуществляют выбор приоритетов в решении настоящих (сиюминутных) и потенциальных проблем (риск пролежней, травм и падений, суицидальной попытки). В первую очередь удовлетворяют все неотложные состояния и наиболее тягостные проблемы, далее те, что способны привести к ухудшению и осложнениям.

III. Планирование ухода. Подробно описаны действия в наших изданных ранее пособиях [1,33,54; прил.13; эл.рес.3,4,6,8,9].

IV. Выполнение плана ухода подробно описано ранее [26,38,54,55].

V. Коррекция МС осуществляемого пациенту ухода, а в случае необходимости – оценка его эффективности [6,7,33,73].

Индивидуальная жизнеспособность пациента и функциональные способности после достижения зрелого возраста изменяются (рис. 1).

В настоящее время существует значительное количество подходов к тому, какие именно опросники и шкалы применять при проведении СГО. Они могут изменяться, что зависит от конкретного клинического состояния пациента, возможностей ОЗ и домашних условий, в которых осуществляется уход за пациентом преклонного возраста или инвалидом (прил.1,7-10).



Результатом применения СГО является выявление того, какие именно синдромы, присущие людям именно пожилого и старческого возраста, приводят к снижению качества их жизни с тем, чтобы разработать конкретные меры медицинской и социальной реабилитации (прил.17).

В свободном доступе в Интернете на сайте www.gerontolog.info находится разработанная автором [14] компьютерная программа, упрощающая применение СГО в клинической практике.

Для оказания комплексной помощи пожилым людям [62,63; эл.рес13] пользуются инструментарием, предложенным ВОЗ, позволяющим в краткое время измерить потребность в индивидуализированном уходе (табл. 2.1).

Таблица 2.1

Скрининговый инструментарий ВОЗ (2019) по проверке ICOPE*

Важные расстройства здоровья, связанные со снижением индивидуальной жизнеспособности	Проверка	Полная оценка
Снижение когнитивных способностей	1.Повторение трех слов: пол, дверь, рис (примерный список) 2.Ориентированность в пространстве и времени: назовите сегодняшнюю дату; где вы сейчас находитесь (дом, клиника, и т.п.)? 3.Повторяет ли испытуемый три слова?	 Испытуемый ошибается при ответе на любой из вопросов или не знает ответ  Испытуемый не повторяет всех трех слов

Снижение двигательной активности	Подъем со стула: встаньте со стула пять раз подряд без помощи рук. Выполнил ли испытуемый подъем со стула пять раз подряд в течение 14 секунд?	нет <input type="radio"/> <input type="radio"/>
Нарушения питания	1. Потеря веса: вы теряли без явной причины больше 3 кг веса за последние три месяца? 2. Потеря аппетита: у вас пропадал аппетит?	да <input type="radio"/> да
Потеря слуха	Испытуемый слышит шепотную речь или результат скрининговой аудиометрической пробы составляет 35 Дб или менее, либо испытуемый проходит автоматизированный тест на распознавание цифр в шуме на слух в специальном приложении	Результат проверки неудовлетворителен <input type="radio"/>
Симптомы депрессии	Вы испытывали за последние две недели – эмоциональный упадок, чувство подавленности или безнадежности? – отсутствие интереса или удовольствия от своей деятельности? Испытуемый ошибается при ответе на любой из вопросов или не знает ответ Испытуемый не повторяет всех трех слов (подробнее прил.7-9)	да <input type="radio"/> да <input type="radio"/>

Пояснения к применению скринингового инструментария по проверке ICOPE (оказания комплексной помощи пожилым людям) (прил.17).

Удовлетворителен или неудовлетворителен результат пробы по проверке когнитивных функций? В случае, если пациент не может ответить на один из двух вопросов, которые характеризуют ориентированность, ИЛИ не может вспомнить всех трех слов, вероятно снижение когнитивных способностей и показано проведение более подробной оценки специалистом.

Своевременное выявление важных изменений в здоровье, связанных со снижением индивидуальной жизнеспособности (полной оценки компонента) приведено ниже (прил.17). В целях выстраивания индивидуальной программы пациенту преклонного возраста осуществляют определение мнения самого пациента в потребности в уходе (прил.7,8) и объективную потребность в уходе на дому (прил.6).



Рис. 1. Динамика индивидуальной жизнеспособности пациента и функциональной способности после достижения зрелого возраста

Формирование компетентностей для специалиста Пвр или МС общей практики происходит согласно рекомендациям Министерства здравоохранения Республики Беларусь [38,41,46,50-52,62,67], (прил.11) и ВОЗ (2018) в «Методическом пособии по обеспечению устойчивых трудовых ресурсов в Европейском регионе ВОЗ» [эл.рес.13]. «Компетентные и просвещенные трудовые ресурсы специалистов с профессиональным образованием в секторе здравоохранения вносят вклад в реализацию более широких национальных и глобальных программ в области экономического развития и безопасности людей» (Frenk J. et al., 2010).

На основании компетенций в работе МС, предложенных П. Беннер, представляем набор компетенции МС, выполняющей патронаж в команде ВОП:

1. Понимание социальной значимости своей профессии и проявление интереса к саморазвитию [19-23].
2. Выбор типичных методов и способов выполнения профессиональных задач с оценкой их качества [6,26].
3. Самостоятельное определение профессиональных задач при наблюдении и уходе за пациентом согласно сестринскому процессу [54].
4. Принятие решений по уходу в стандартных и нестандартных ситуациях и способность нести за них ответственность [13,16].
5. Поиск и использование информации, необходимой для выполнения профессиональных задач и личностного развития [1,56; прил.12-16; эл.рес.2].
6. Использование электронных средств связи и электронного документооборота в ведении документации, включая электронную медицинскую карту (ЭМК).
7. Проведение обучения пациента и семьи навыкам ухода (самоухода), полезного для поддержания уровня компенсации НИЗ и абилитации*[26,31,54,55].
8. Предоставление пациенту (и его семье) информации о смысле проводимых медицинских вмешательств [эл.рес.1,3,6,7,9].
9. Сотрудничество со вспомогательными службами (ТЦСО, БОКК и его филиалами в областных центрах), иными общественными организациями по взаимному комплексному решению проблем конкретного пациента [26,42,48,54,55].

10. Соблюдать требования по эксплуатации медицинской аппаратуры и изделий медицинского назначения (ИМН), обеспечивать безопасность лечебно-диагностических и реабилитационных процедур [прил.7,8,10-13].

Учитывая акцент на улучшение качества оказания медицинской помощи за счет оптимизации обучения Пвр и МС и на возрастной состав потребителей медико-социального ухода, остановимся на вопросах компетенций Пвр по гериатрической помощи (табл. 2.2-2.3).

Таблица 2.2

Базовые (универсальные) компетенции МС и Пвр по геронтологии

Обучение	Способность к целенаправленному индивидуальному и групповому (семейному) обучению с использованием необходимой информации, критического мышления и принятия решений по осуществлению ухода, применение цифровых технологий [4,14,35,67,70]
Профессионализм	Проведение СГО, приверженность профессиональным гуманистическим принципам и конфиденциальности, соблюдение правовых норм, поддержание позитивной рабочей среды, ответственность за свои действия и конечный результат, понимание социальной значимости профессии. Использование электронного документооборота в ведении документации (ЭМК), самостоятельное определение профессиональных задач при наблюдении и уходе за пациентом, обучение пациента и семьи уходу (самоуходу), абилитации и реабилитации [11,12,43,45,62,70]
Коммуникации	Способность успешно взаимодействовать в команде в разнообразных ситуациях для пользы пациента с использованием технологий эффективного общения
Инновации	Способность нестандартно решать различные задачи и проблемы пациента индивидуально и в команде, использовать и внедрять современные технологии цифровизации для повышения результативности ухода [52,56,62,70]
Нравственно-этические качества	Желание работать с людьми и помогать, приверженность этическим принципам, такт, доброжелательность, ответственность, интерес к работе с медицинской техникой, честность, эмоциональная устойчивость, умение создавать и поддерживать эстетику рабочей среды [12,77; прил.11]

Таблица 2.3

Профессиональные компетенции МС и Пвр по геронтологии

Клиническое сестринское дело	Способность выполнять работу в соответствии с занимаемой должностью и уровнем образования [16,19,26,31,33,44,45,61]. Способность осуществлять безопасный пациент-центрированный сестринский уход, принимать ответственность за независимые решения, обеспечивать алгоритм действий в уходе. Оценка состояния подопечного с помощью СГО; комплексная оценка потребности в уходе и установление с ВОП клинико-реабилитационной группы; выбор приоритетов в действиях при
------------------------------	---

	<p>старческих синдромах; ориентация в комплексной оценке состояния здоровья пациента; прогнозирование риска развития осложнений и утяжеления старческих синдромов [2,4,14]; осуществление ухода за кожей, носом, глазами, ушами, половыми органами; обработка стомы [54]. Умение оценки психологического состояния пациента; профилактика суицидов [40; эл.рес.6,9]; поддержка в повседневной деятельности опекаемого; оказание помощи во вторичной профилактике и медицинской реабилитации*; обучение пациента (семьи, волонтеров) уходу за телом, само- и взаимопомощи при возможных неотложных состояниях [26,54,69]; мотивация пациента на вакцинацию по эпидемическим показаниям (в настоящее время от COVID-19) [19,21,31,41,50,63,67,82-87; прил.12,13]; выбор типичных методик и способов выполнения профессиональных задач [44-46,50,56]; предоставление пациенту и его семье информации о сути проводимых медицинских вмешательств; сотрудничество с вспомогательными службами [52,56], общественными и иными организациями для комплексного решения проблем пациента; соблюдать требования по эксплуатации медицинской аппаратуры и изделий медицинского назначения (ИМН), обеспечивать безопасность лечебно-диагностических и реабилитационных процедур, соблюдать требования эргономики; оказывать помощь при обучении пользованию креслом-каталкой [30,54,55; эл.рес.1,3].</p>
Научный подход и доказательная сестринская практика	<p>Планирование и осуществление научных исследований в сестринском деле; представление результатов исследования и внедрение их в клиническую практику [2,3,72]; принятие обоснованных решений на основе доказательной сестринской практики при уходе в стандартных и нестандартных ситуациях, нести ответственность [11,13,16,44,45,61,72]. Поиск и использование информации, для выполнения профессиональных задач и личностного развития [прил.12,13,15,17].</p>
Менеджмент и качество	<p>Ответственность за свою независимую деятельность и работу в команде ВОП, приверженность принципам качества медицинской помощи и сестринского ухода, эффективной междисциплинарной деятельности во всех ситуациях (эндокринология, психиатрия, травматология, акушерство и др.), навыки взаимодействия с социальными службами, сеть взаимопомощи для семьи нуждающегося в случае</p>

	поддержки в процессе умирания и переживания горя [27,33,38,54,63]
Укрепление здоровья	Владение широким спектром методик и стратегий по укреплению ЗОЖ и обучению пациента уходу за собой индивидуально и в семье. Знания для формирования навыков ухода за больным человеком в семье [30,74; эл.рес.1,3,7,8] с учетом эпидемиологической ситуации [82-87; прил.11,12].
Обучение и руководство	Владение современным спектром технологий по сестринскому уходу для индивидуального обучения в семье, при оказании поддержки пациентам в группах при неотложных состояниях [4,15,32,41,43,44,50,61]

Используя предлагаемые компетенции и навыки в обучении МС и Пвр способны оказывать патронажную помощь как востребованную форму постоянного контроля здоровья пациентов преклонного возраста на дому с выполнением отдельных медицинских манипуляций [54; прил.12,13,15].

Исходя из того, что МС работает в команде ВОП, целесообразно ориентироваться в схеме взаимодействия с членами согласно ряду нормативных правовых актов:

- ✓ Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 24.02.2018 № 177 «Об организации работы врача общей практики» [48];
- ✓ Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 22.08.2018 № 842 «Об утверждении должностных инструкций» [49,51];
- ✓ Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 16.11.2018 № 1185 «Об утверждении положения о работе команды врача общей практики» и др. (прил.8,13).

Основная документация, с которой Пвр и МС работают на участке ВОП, с учетом эпидемиологической обстановки, представлена ниже (прил.11,12.)

Известно, что продолжительность жизни людей после выхода на пенсию различна, составляя, например, в России 13,4 лет, в США и Японии – 13,9 лет. Весь этот период пациенту необходимо обеспечивать качество жизни, помочь в этом Пвр и МС могут навыки и компетенции в работе с престарелыми людьми, знания по клинической гериатрии, особенностям работы с ними.

Особенностями работы с пациентами 60-74 лет (пожилыми), 75-90 лет – лицами старческого возраста, 90 и более лет – долгожителями (ВОЗ) обязаны владеть все МС и Пвр [27,33,54].

1. Необходимо понимать жизненную позицию (по К. Квасневской-Рошковской) (конструктивную, зависимую, защитную, враждебную к миру и к себе) [33,54].

2. Уметь проводить СГО (прил.17), учитывая *особенности и изменения, характерные для людей пожилого и старческого возраста*:

➤ Инволюция (регрессивные изменения) органов и систем, снижающая различные показатели жизнедеятельности: скорость протекания основных обменных процессов, жизненную емкость легких, скорость клубочковой фильтрации в почках; увеличение жировой ткани, снижение плотности костной ткани и мышечной массы.

➤ Коморбидность*, наличие нескольких заболеваний, имеющих различную степень выраженности, увеличивающих вероятность возникновения осложнений, потенцирующих негативное влияние на организм пациента. При этом клиническая картина заболеваний может быть атипичной, создающей дополнительные трудности для диагностики.

➤ Хроническое течение заболеваний, к которому предрасполагают накопившиеся с возрастом неблагоприятные сдвиги эндокринной, иммунной систем, а

также регрессивные изменения во внутренних органах. Для пожилого возраста характерны остеопороз, доброкачественная гиперплазия предстательной железы, болезнь Альцгеймера, снижение зрения (катаракта, дальнозоркость), артериальная гипертензия, хронические нарушения опорожнения кишечника. Угнетение иммунных (защитных) реакций и ослабление надежности защитных барьеров создает предпосылки для повышенной восприимчивости пожилых людей к вирусным и бактериальным инфекциям (хронические инфекции мочевыводящих путей, верхних дыхательных путей) [2].

➤ Атипичное течение заболеваний, мало стертое или бессимптомное течение болезни (инфаркта миокарда, неопластических процессов, пневмонии, туберкулеза легких и др.), что обусловлено спецификой протекания обменных процессов в пожилом и старческом возрасте, а также снижением реактивности организма.

3. Ориентироваться в фазах адаптации пациента к известию о неизлечимости заболевания (отрицания, гнева, торговли, депрессии, согласия, терминальной стадией, фазой принятия) [33,54].

4. Знать права умирающего и осуществлять сопровождение в умирании [1,11,13, 25,38,63,77]. Основополагающий принцип биомедицинской этики гласит: «Primum non nocere!» (прежде всего – не навреди). Его применение обеспечивают информированное согласие в письменном виде [3,5,11,13,16,21,23,25,37,38,61,72,77].

Принципами получения информированного согласия пациента на осуществление ухода на дому, например, является явно выраженное, добровольное и осознанное согласие на это, подтвержденное соответствующей записью в медицинском документе.

Этически и нравственно важным и юридически обусловленным является вопрос о тех лицах (органах, учреждениях), кому можно предоставлять конфиденциальную информацию о пациенте при жизни и после смерти. Вопрос регулируется для совершеннолетнего в ст.41 Закона о здравоохранении [24,37], где перечислены представители, имеющие право получить выписки из медицинской карты пациента (электронная карта пациента ускоряет процесс, но не отменяет его регулирования в Законе и ответственности за нарушение). Согласно действующему законодательству информация о пациенте предоставляется только по официальному запросу.

В современной гериатрии разработан особый, присущий только этой специальности, диагностический алгоритм, называемый специализированный гериатрический осмотр* (СГО). Он представляет собой совокупность диагностических мероприятий, ориентированных не столько на осуществление традиционной нозологической диагностики и выявление имеющихся заболеваний, но на изучение социального статуса и рисков снижения качества жизни, имеющихся у пациента преклонного возраста [2,3,14].

С точки зрения международных рекомендаций, СГО является обязательным компонентом диагностики у лиц пожилого и старческого возраста, дополняет традиционную нозологическую диагностику, которая осуществляется при сборе анамнеза, физикальном осмотре посредством применения комплекса лабораторно-инструментальных методов.

Проведение СГО является необходимой компетенцией ПвР и МС для работы на участке ВОП, осуществляя его, как правило, путем применения специальных опросников и шкал.

Особенности СГО следующие:

- протекание заболевания скрыто, без четких симптомов;
- склонность к развитию осложнений;
- инфекции протекают без температурных реакций (снижение реактивности);
- болевой синдром неадекватно воспринимается самим пациентом;
- иная фармакодинамика, в связи с чем, строгая индивидуализация доз медикаментов и ее уменьшение в 2 раза;

- способ приема медикаментозных препаратов должен быть прост и понятен пациенту, уменьшение приема жидких лекарственных форм из-за развивающегося тремора, ослабления зрения);

- максимум летальных исходов от нерациональности фармакотерапии – в 80-89 лет;

- полипрагмазия* в отношении медикаментозного лечения, недоучет того, что подобные пациенты имеют сложную сочетанную полиорганную патологию (коморбидность*);

- риск возникновения побочного эффекта медикаментозной терапии в 1,5 раза выше (в 60 лет); в 70-79 лет – в 7 раз чаще, чем у 20-29-летних пациентов;

- госпитализация из-за осложнений течения болезни или лечения в 2-3 раза чаще;

- выраженные психофизиологические особенности в возрасте старше 65 лет (коморбидность*);

- в основе ухода за пациентом – функциональный и синдромальный подход, ориентированный на распознавание особых возраст-зависимых синдромов. К ним относят синдромы мальнутриции, падения, саркопении, снижения слуха и зрения, синдром когнитивного дефицита и деменции, недержания мочи, стула, пролежней (их более 65) [2,14,54].

Специальной компетенцией МС при выявлении потребности в уходе на дому является определение не *только физических* возможностей пациента (индекс Лаутона), но и оценка его *психологического* состояния (индекс Бартела). К патронажной группе относят пациентов с числом баллов до 55 (прил.2).

Пвр и МС необходимо приобретение навыков по определению степени нуждаемости пациентов преклонного возраста в постороннем уходе (прил.6), а также по *интеграции* деятельности *специалистов из разных учреждений и ведомств* [5,7,31,35,45,54,55; прил.3-5].

В современной практике медицинских работников шкалы и индексы используются во многих разделах медицины: гериатрии, кардиологии, неврологии, онкологии, акушерстве, психиатрии, реабилитологии, медицинской сортировке, травматологии, урологии, хирургии.

При принятии решения о дальнейшей судьбе тяжелобольных родственников многие люди приходят в затруднение в выборе определения больного близкого человека в интернат или использовать возможность оставить больного дома и продолжать ухаживать ним, надеясь облегчить страдания [24,25; прил.3,4; эл.рес.7,10].

СГО* имеет особенности, обусловленные сочетанием разнообразных по характеру и течению патологических процессов, влияющих на социальную активность пациента, качество его жизни, что требуют применения специфических подходов и профессиональных навыков в решении проблем пациента преклонного возраста при составлении индивидуальной программы «Активного долголетия» (прил.7).

Едиными требованиями к проведению СГО являются:

- ✓ простота применяемых опросников и шкал, их достоверность и воспроизводимость;

- ✓ профессиональное владение анкетированием персоналом, осуществляющего осмотр пациента преклонного возраста (Пвр, МС);

- ✓ доступность и необременительность для пациента;

- ✓ охват опросниками и шкалами основных факторов, снижающих качество жизни человека пожилого и старческого возраста, а именно: нарушения сна; проблемы питания; недержание мочи; когнитивные расстройства; синдром падений; кожные проблемы [84].

Результатом применения СГО является выявление того, какие именно синдромы, присущие пациентам преклонного возраста, приводят к снижению качества их жизни для разработки конкретных мер медицинской и социальной реабилитации согласно программе «Активное долголетие» (прил.7-10). Разработанная авторами [14,59] компьютерная программа упрощает применение СГО в клинической практике и находится в свободном доступе в Интернете на сайте www.gerontolog.info.

Ориентированность на пациента в действиях медицинского работника – это основной новый принцип организации оказания медицинской помощи, наиболее желательная модель взаимодействия пациента и медицинского работника, при которых все стороны несут равную ответственность за процесс и результаты лечения [16,66,70].

Понятие пациент-ориентированная медицинская помощь* «Patient-Centered Care» (PCC) впервые появилось в мировой медицинской практике с 1993 г., когда были оглашены результаты исследования, проведенного Институтом Пиккера (PickerInstitute) в США. Данные наглядно продемонстрировали клинически значимые различия в результатах лечения, получаемого от персонала, владеющего коммуникативными навыками (фасилитацией* и др.), с результатами лечения, при котором не придавалась большого значения общению между пациентами и медицинскими работниками.

При этом первые демонстрировали более точную диагностику и лучшие результаты своей деятельности, а пациенты, настроенные на сотрудничество по улучшению своего здоровья, были более удовлетворены медицинской помощью, проявляли большую степень доверия к персоналу ОЗ. Политическим деятелям в этой связи надлежит развивать эмпаурмент*.

Антипримером взаимодействия МС с пациентом согласно пациент-ориентированной медицинской помощи является шутивая рекомендация М. Жванецкого: «Поведение в споре должно быть простым: не слушать собеседника, а разглядывать его или напевать, глядя в глаза. В самый острый момент попросить документ, сверить прописку. Попросить характеристику с места работы, легко перейти на «ты», сказать: «А вот это не твоего собачьего ума дело» – и ваш партнер смягчится, как ошпаренный». Надеемся, читатели адекватно оценят одесский юмор и его уместность.

Удовлетворение потребности престарелого пациента в уходе (прил.1,6) требует от Пвр и МС знания основных **синдромов старости**.

В мировой гериатрической практике принято считать, что пациент преклонного возраста должен иметь риск развития или развившийся синдром старческой астении. Распространенность синдрома старческой астении в Российской Федерации колеблется от 6,9% до 73,4% пациентов [14].

Синдром старческой астении (старческой немощи) – физиологический синдром, представляющий интегральную характеристику состояния здоровья пациента, характеризующуюся сочетанным повреждением костно-мышечной, иммунной и нейроэндокринной систем организма, снижением резервов и устойчивости к стрессу. Следствием этого является ослабление функции нескольких физиологических систем, вызывающих уязвимость человека от окружающей действительности. Это характеристика состояния здоровья пожилого пациента, отражающая потребность в реабилитации и уходе [2,14; прил.6].

Наиболее простыми диагностическими признаками синдрома старческой астении является предложенные Fried et al. [83], согласно которым данный клинический синдром включает сочетание пяти позиций: потерю массы тела (саркопению), доказанное динамометрией снижение силы кисти (прил.10), выраженную слабость и повышенную утомляемость, снижение скорости передвижения, значительное ослабление физической активности (прил.10). По данным этих авторов, синдром старческой астении имеет место при наличии трех и более симптомов, в случае присутствия одного или двух из них имеет место синдром старческой преастиении. В основе развития синдрома старческой астении находится три возраст-зависимых состояния: синдром недостаточности питания

(мальнутриция), саркопения и снижение метаболического индекса и физической активности [26,59].

Причиной развития старческой астении считают фенотип, передающийся генетически (старческие деменции дегенеративно-атрофического характера, болезнь Альцгеймера, сосудистые изменения) и совокупность приобретенного дефицита функций на фоне коморбидности*.

Беспомощные старые люди, сохранившие интеллектуальные способности, ясный ум, доставляют меньше трудностей в уходе, чем психически несостоятельные, но физически сохранные старики, которых нельзя оставлять без надзора даже на короткое время. Второе место занимают постинсультные поражения (гемиплегии), часто сопровождаемые слабоумием, но довольно часто интеллект и память пациентов при этом не страдает. Третья причина, приковывающая старого человека к постели – перелом шейки бедра. Чем старше возраст, тем меньше шансов на благополучное сращивание перелома, нередко являющегося причиной смерти. На 4-м месте стоят дистрофические и воспалительные изменения суставов, которые не только вызывают деформацию суставов, но иногда полностью обездвиживают пациента, затрудняют многие привычные повседневные действия. Это особенно тяжело переносится старыми людьми, сохраняющими ясность ума, но становящимися беспомощными и зависимыми от посторонних.

Поскольку синдром саркопии является характеристикой состояния здоровья пожилого пациента, включающей сочетанное повреждение костно-мышечной, иммунной и нейроэндокринной систем, он отражает потребность в уходе, становясь базой для развития ряда других синдромов.

Это синдромы мальнутриции*, саркопии* (мышечной слабости с потерей мышечной массы и снижением мышечной силы), синдром падений из-за прогрессирования остеопороза вследствие снижения интенсивности метаболизма и физической активности.

Синдром недостаточности питания, снижение метаболического индекса и синдром саркопии, а также снижение физической активности являются замкнутым патогенетическим кругом для формирования синдрома старческой астении. К нему могут присоединяться другие внешние или внутренние патогенные факторы, приводящие к ухудшению состояния, инвалидности и смерти. Конечным проявлением синдрома старческой астении становится полная обездвиженность, постоянное недержание мочи, частые делириозные состояния, выраженные изменения питания с развитием метаболического ацидоза, снижение степени социальной активности. В этом случае требуется постоянная опека и помощь, поскольку немощный старый человек не может жить один, а должен находиться в окружении близких людей, готовых ухаживать, несмотря на трудности, либо перейти на жительство в дом престарелых [2,4,31,35,45,50,52,54,55].

Выявление синдрома старческой астении у пациентов преклонного возраста проводится с помощью традиционной диагностики и СГО. Традиционная диагностика: сбор анамнеза, жалоб, выявление основных гериатрических синдромов (нарушение ходьбы и общей двигательной активности, когнитивного дефицита, синдрома мальнутриции, саркопии, уровня независимости в повседневной жизни), осмотр по системам и органам, лабораторные и инструментальные исследования с определением уровня снижения резервных возможностей организма (иммунное воспаление, нарушение метаболизма).

Клинически синдром старческой астении характеризуется такими симптомами как похудание, при котором наблюдается снижение массы тела темпом не менее чем 4,5 кг/год; нарушение походки; снижение мышечной силы и развитие выраженной саркопии; развитие когнитивных расстройств и снижение мотивации, утрата прежних жизненных интересов; низкий уровень двигательной активности [87; прил.7,8,10].

Пвр и МС необходимо помнить, что к развитию данного синдрома способны приводить около 65 гериатрических синдромов [26,54]. К основным из них относятся следующие: анорексия, апатия, хронический болевой синдром [25], возрастной андрогенный дефицит, дегидратация, пролежни [54,55], деменция, депрессия [8], синдром насилия над стариками [24]. Также это гипотермия, недержание мочи, бессонница, нестабильность и падения, когнитивный дефицит, обстипационный синдром (запор) [54], нарушения слуха и нарушения зрения [26,55].

Понятие «уход за пациентом преклонного возраста» включает:

- гигиенический уход;
- создание условий для восстановления нарушенных психических и физических функций;
- поддержание или развитие социальных связей пациента с семьей и окружающими людьми [26,33,54].

При выявлении степени способности к передвижению ВОП применяется шкала «Оценки двигательной активности у пожилых лиц» (прил.10); при выявлении степени нарушения питания (синдрома мальнотриции) применяется опросник Mini nutritional assessment (MNA) (прил.7). Когнитивные способности оцениваются при помощи опросника «Мини-исследование умственного состояния» (тест мини-ментал или Mini-mentalstateexamination), являющийся распространенной методикой для скрининга и оценки тяжести деменции (прил.7). По вопроснику «Philadelphia geriatric morale scale» проводится оценка морального статуса, позволяющая определить степень удовлетворения собой и жизнью, профессиональными и другими достижениями, степень примирения с фактом пришедшей старости. Шкала Бартела применяется для оценки степени независимости пациента от посторонней помощи в повседневной жизни (прил.1,6). Совокупность этих данных позволяет выявить у пациента преклонного возраста тяжести синдрома старческой астении, способствует разработке ВОП оптимальных не медикаментозных методов реабилитации, контроль и обучение осуществляют Пвр и МС.

Синдром падения – падение человека, следствием которого становится потеря независимости, инвалидность, летальность.

Синдром когнитивного дефицита и деменции (слабоумия) – состояние, характеризующееся нарушением мышления, памяти, ориентации в пространстве и времени, умения выполнять сложные двигательные действия и манипуляции, речи, восприятия информации [8]. Больные люди относятся к изменениям своих способностей не критично, не могут их оценить, совершают необдуманные, мало связанные с общественными представлениями, поступки. Оставленные дома без присмотра других людей, могут забыть зажечь включенную газовую конфорку, или оставить зажженную горелку надолго, чистить обувь зубной щеткой, вытирать пол занавеской.

Синдром иммобилизации - замедление биохимических реакций, появление новых патологических биохимических реакций, сопровождающихся выработкой веществ, являющихся для организма токсинами; замедление передачи нервных импульсов; развитие атрофических процессов.

Синдром остеопороза – системное заболевание скелета, характеризующееся снижением плотности костной ткани и нарушением микро-архитектоники кости с последующим повышением хрупкости костей и учащением риска переломов (ВОЗ,1993).

Согласно статистике по остеопорозу (National osteoporosis Foundation, США)

- ежегодно до1/3 лиц в возрасте старше 65 лет подвергаются непроизвольному падению с высоким риском переломов;
- 4/5 страдающих остеопорозом – женщины;
- прогноз для женщин: каждая вторая женщина с остеопорозом после 50 лет будет иметь переломы;

- остеопороз является причиной более 1,5 млн. переломов в год, 4/5 которых приходится на женщин и 1/5 – на мужчин;
- частота переломов шейки бедра у женщин в 2-3 раза чаще, чем у мужчин;
- риск переломов шейки бедра у женщин равен суммарному риску рака грудной железы, матки и яичников;
- ежегодная смертность от переломов шейки бедра среди мужчин в 2 раза выше, чем среди женщин;
- спустя 6 мес. после перелома шейки бедра только 15% начинают ходить без поддержки.

Все это последовательно приводит к развитию зависимости в повседневной жизни от других, снижению когнитивных функций у пациентов, ведет к постепенному наступлению инвалидности или смерти вследствие минимальных внутренних или внешних воздействий.

Остеопороз является хроническим заболеванием, поэтому помощь при нем не может быть краткосрочной, но требует многолетнего сотрудничества пациента и врача (МС) – комплаенса* как действий больного человека в соответствии с запросом или указанием через достижение взаимопонимания и согласия в триаде «пациент - МС - врач» за счет рационального наблюдения и ухода. Предполагает обязательное выполнение больным человеком медицинских рекомендаций, от модификации образа жизни до систематического регулярного медикаментозного длительного лечения, включающего адаптивную физическую культуру* и резилиенс-гимнастику* [26], массаж [28].

Пвр и МС знают, что помимо физического нездоровья, имеют место социально-психологические особенности престарелых пациентов.

Синдром социальной изоляции («запертого» человека, бодрствующая кома) – состояние, при этом у пациента сохранено бодрствование, ориентация в пространстве, но утрачена мимика, речь и движения, например, как у больного при инсульте. Для предупреждения такого состояния необходима поддержка от окружающих пациента людей, родных, соседей, коллег, волонтеров.

Синдром замкнутого пространства (клаустрофобия) – тревожное расстройство с навязчивым страхом закрытых помещений. Затрудняет возможность пациента находиться в комнате без окон, лифте, метро, вызывает опасения, самыми распространенными является страх потери контроля над собой, боязнь задохнуться, неспособность сделать полноценный вдох, чувство озноба, сердцебиение до того, как человек почувствует явно выраженный страх. Повышается давление, беспокоит тошнота, головокружение, дрожь, повышается потоотделение (мочеотделение), человека бросает в жар или в холод, беспокоит сухость во рту, ощущение нереальности во время движения на эскалаторе метро, которые могут перетекать в паническую атаку. *Признаком боязни замкнутого пространства будет суетливость в движениях пациента, побледнение кожных покровов, тревога, переходящая в страх.* Узнать человека, столкнувшегося с приступом клаустрофобии, можно по *замечным поведенческим признакам страха* замкнутого помещения. Такие люди проверяют наличие выходов из комнаты, открываются ли окна, просят не закрывать хотя бы одну дверь, начинают заметно нервничать, если необходимо закрыть все двери. На многолюдных мероприятиях в хорошо вентилируемых и больших помещениях, все равно занимают место поближе к двери. Имеют «странность» не запирают на замок дверь в гостинице, когда находятся внутри помещения, никогда не пользуются лифтом, даже при подъеме на верхние этажи, избегают выезжать на дорогу в часы, когда вероятно образование пробки. Для появления симптомов у больного человека не обязательно находиться в пугающем месте или ситуации, порой ему достаточно мыслей о необходимости пойти туда, приобретающие навязчивый характер, врываются пугающими образами, например, возможностью застрять в лифте, погребением заживо. Помогают релаксационные методы, дыхательные упражнения, медитация.

Синдром отсутствия молодых генераций, проявляющийся в депрессии от отсутствия контакта с молодежью и новыми идеями, что подтверждает научный вывод о лечебном эффекте общения родственников разного возраста с престарелыми и часто с ограниченными физическими возможностями пациентами.

Синдром депрессии – психическое расстройство, которое у людей пожилого возраста встречается чаще, чем в другие периоды жизни, может внешне напоминать деменцию (так называемая депрессивная псевдо деменция). Нераспознанные депрессии у пожилых часто ведут к нарастающей социальной изоляции, утрате навыков общения и нередко к суициду. Периоды депрессии описывают как наличие подавленного настроения, беспокойства, ощущения пустоты жизни, все кажется малоинтересным, малозначимым. Часто возникает чувство апатии, вялости, незаслуженной обиды, убежденность в собственной бесполезности до такой степени, что он не видит смысла дальнейшего существования. Многие из пациентов с депрессивным синдромом говорят о том, что они приветствовали бы смерть, если бы она наступила быстро и безболезненно.

Стресс фрустрационный (стресс рухнувшей надежды) – у пациента возникает твердое убеждение в «никчемности и бесцельности» всей жизни, которое может быть причиной соматических и психических заболеваний, среди которых артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца, язвенная болезнь желудка, бронхиальная астма, злокачественные опухоли.

Методики и алгоритмы действия Пвр и МС при оказании помощи в уходе за пациентами преклонного возраста с различными синдромами

Проблемы пациента по мере определения хронической болезни

Важнейшей медицинской проблемой является поддержка пожилых и старых пациентов с ХНИЗ в беспомощности и профилактика депрессий [8,34; эл.рес.6,7,9]. Нравственная составляющая деятельности МС или Пвр при уходе за пациентами велика [прил.13]. МС, Пвр, осуществляющим уход на дому, осознанию проблем по мере определения болезни помогает внимание к невербальному поведению пациента.

1. Осознание болезни проявляется беспомощностью пациента, страданием, беспокойством о прогнозе, т.е. хроническим стрессом, в сознании пациента сопряженным с опасностью подтверждения худших опасений, а также надеждой на медицинское «чудо» [54]. Воздействие слова в этом случае особо велико, в беседе с врачом (МС, Пвр) больной человек обретает надежду. Слово медицинского работника, священника, психолога может влиять не только на желание выздоровления, жизненно важные функции организма, но и на Тело, Дух и Душу человека [25;прил.13]. Профессор М.Я. Мудров считал: «Зная, взаимные друг на друга действия души и тела, долгом своим почитаю сказать, что есть и душевные лекарства, которые врачуют тело. Они почерпываются из науки мудрости, чаще из психологии. Сим искусством печального человека утетишь, сердитого умягчишь, нетерпеливого успокоишь, робкого сделаешь смелым, откровенным, отчаянного – благонадежным. Сим искусством сообщается та твердость духа, которая побеждает телесные боли, тоску, метания».

Противоположные тенденции являются основой внутреннего конфликта пациента, разрешением которого могут стать 2 варианта: принятие болезни или отказ от медицинской помощи (ухода) [прил.13;эл.рес.13]. Психологический феномен сопротивления пациента болезни выражается в полном отказе от медицинской помощи (ухода), либо во внезапном прекращении начатого курса лечения. Мотивация пациента сопротивлению болезни может быть обусловлена:

1. Сопротивлением слабости. Пациент стойк, принятие болезни – легкий путь сопротивления боли и физической усталости, встречается у лиц с высоким социальным статусом, выходцев из «спартанской» среды с преобладанием культа физической и моральной силы.

2. Сопротивлением вследствие вытеснения, возникающего при излишнем оптимизме: чем меньше болеешь, тем быстрее поправишься. В основе лежит механизм «перевода» тревоги в экзальтированную эйфорию: до свадьбы заживет!

3. Соппротивлением из страха неизвестности перед диагностическими процедурами и лечением.

При «входе в болезнь» на пациента воздействуют разнообразные негативные факторы. Это страх самой процедуры, диагностики, лечения болезни, смерти, немоции, изменения физического самочувствия, боли и экономических трудностей.

II. Потеря контроля над ситуацией – следующая проблема заболевшего человека.

Снижение качества жизни пациента ведет к тоске и чувству вины, на помощь приходят внутренние механизмы защиты от безнадежности и депрессии. Механизмы защиты от хронического стресса разные, но МС обязаны их знать для понимания поведения пациентов, поддерживая те из них, которые способны помочь, а также не забывать о собственных механизмах противостоянию стрессу [12,27,74].

Алгоритмы действий МС при различных синдромах (состояниях) престарелых пациентов

Помощь в соблюдении санитарно-эпидемиологических требований и обеспечении личной гигиены пациенту

У части пациентов преклонного возраста недостаточная личная гигиена чаще всего обусловлена тем, что их пугает сложность процедуры, даже в помещении со всеми удобствами [4,28,54]. Для развития у пациентов уверенности в своих силах, МС помогает решить конкретную проблему личной гигиены. Так, с целью комфорта ванной комнаты для пожилых людей необходимы смесители с удобными ручками; сиденье для ванн, или скамеечка, сидя на которой принимается ванна; наличие жидкого мыла с инжекторной подачей, мочалок, рукавичек, щёток для мытья на толстой ручке и т.п.

МС доводит до нуждающегося в этом пациента общие принципы ухода за полостью рта.

- Чистить зубы рекомендуется 2-3 раза в день не менее 4 мин., используя щетку средней жесткости или мягкую, годность ее определяется 1-2 мес. или изменением цвета индикаторных волосков.
- Обязательно тщательное полоскание рта водой и промывание съемных протезов после каждого приема пищи. Съемные протезы следует опускать на ночь в специальный раствор типа «Стерадент» или др.
- При выборе зубных паст предпочтение отдают лечебно-профилактическим, обладающим противовоспалительным действием и укрепляющим зубную эмаль.
- Состояние полости рта зависит от употребляемой пищи, поэтому целесообразно, по возможности, заканчивать прием пищи свежими (протертыми или цельными) овощами и фруктами, обогащать рацион макро- и микроэлементами, витаминами.

Для профилактики и комплексного лечения пародонтита рекомендуется фитотерапия: настои и настойки, обладающие противовоспалительным, кровоостанавливающим, дезодорирующим действием. Их готовят из корня алтея, цветков ромашки аптечной, зверобоя продырявленного, тысячелистника (розового и белого), а также календулы лекарственной, эвкалипта, подорожника большого, мать-и-мачехи, крапивы двудомной. Пациент периодически проводит курсы полосканий (7-10 дней) одним из настоев, особенно при появлении неприятных ощущений или запаха изо рта.

Одним из основных правил ухода за кожей в пожилом возрасте является соблюдение ее чистоты, поскольку возрастные изменения приводят к ее истончению, потовые и сальные железы ослабляют функцию. Это вызывает изменение реакции кожи на температурные, химические, механические раздражители, поэтому частые водные процедуры приводят к повышенной сухости кожи, зуду, выпадению волос, изменению ногтей, их утолщению, повышенной ломкости, появлению мозолей, ограничивающих двигательную активность. Таким пациентам достаточно одного купания в неделю с использованием мыла с высоким содержанием жиров, регулярно проводят растирание и массаж [28]. Сухие участки кожи целесообразно смазывать жирным кремом, мягким

лосьоном, которые нельзя втирать с силой. Перед подстриганием ногтей для их смягчения полезно делать припарки, применяя касторовое масло, своевременно удаляя мозоли.

Особого внимания требуют участки тела пациента, на которых образуются складки, например, между ягодицами, в паху, под мышками, под грудью у женщин, между пальцами на руках и ногах, пупке, либо подвергаются давлению. Это пятки, локти, ягодицы, затылок, являющиеся особо уязвимыми. Кожа пациента преклонного возраста, за чистотой которой давно не следили, требует осторожного обращения, может быть воспалена, давая о себе знать образовавшимися язвами.

Симптомы, свидетельствующие о риске развития пролежней:

1-я степень риска: кожа слегка краснеет, но покраснение исчезает, если часть тела не находится под давлением;

2-я степень риска: кожа отекает, образуются пузыри.

Если эти симптомы не замечаются, могут возникнуть болезненные глубокие раны, которые с трудом поддаются лечению. Для оценки риска развития пролежней используют шкалу подсчета баллов по шкале Нортон, состоящую из 5 критериев [54].

Итог: если сумма баллов 14 или менее – риск возникновения пролежней реален.

Уход за телом и кожей пациента для профилактики пролежней включает:

- Регулярный осмотр кожи (при одевании и раздевании, помывке, гимнастике)
- Тщательное обмывание и обработка кожи с кремом, особенно в складках
- Марлевые или матерчатые подкладки под уязвимые кожные складки
- Сухое бельё и частая смена постельных принадлежностей.

Кровообращение:

- соблюдать указания ВОП по поддержке кровообращения и лёгкий массаж уязвимых частей тела.

Питание составляет лёгкая, но богатая белками и витаминами пища. При потере аппетита следует кормить подопечного несколько раз в день меньшими порциями, целесообразно давать больше пить, но небольшими объемами.

Образование пролежней возможно даже при соблюдении всех мер предосторожности. При первых признаках пролежней лучше начать общие действия по профилактике пролежней и проконсультироваться с ВОП. Вспомогательные средства профилактики пролежней: мех и его кусочки; специальные матрасы, подстилки; подушки.

В рекомендациях ВОЗ по составлению схем организации ухода, ориентированного на потребности людей в системе ПМП (2019) предложена схема помощи людям, осуществляющим уход [12,64; эл.рес.13].

Уровень травм и заболеваний, ведущих к потере рабочих дней, у медицинского персонала является самым высоким среди всех работников сектора услуг всех категории (Osha, 1998). Уровень получения в Европе профессиональных травм персонала на полной занятости в 1996 г. составил 16,2% для работников домов престарелых и 8,6% для работников по уходу на дому. Самой распространенной проблемой были травмы спины МС в результате неправильного поднятия и переноса пациентов, как следствие незнания элементов кинестетики* или нарушения ее требований, а также недостаток средств малой механизации для проведения ухода. Специалисты по долгосрочному уходу также страдают из-за оскорблений, наносимых умственно недееспособными пациентами с серьезными поведенческими проблемами. Риск профессионального заражения в Германии косвенно можно оценить по ежегодному числу травм острыми предметами (составляет 500 тыс.) и издержкам на один случай от нескольких тыс. евро до 1 млн. евро (2015).

Общие действия МС по профилактике пролежней при уходе

- Чаще меняйте положение пациента, по возможности - каждые 2 часа, создавайте удобное положение конечностей при поворотах. Можно воспользоваться будильником или нарисованным циферблатом часов, выделив каждые 2 часа.

- Подыщите такое положение для больного человека, чтобы на каждую часть тела оказывалось минимальное давление, для чего используют кровати с надувными матрацами, поролоновые валики для рук и ног, при их отсутствии пользуются обычными подушками. Создайте положение, как в кресле. Возьмите 4 подушки, положите одну у головного конца - плоско, вторую под углом в 45° на первую; две остальные – по бокам под руки. Пользуйтесь дополнительными маленькими подушками под кисти рук и стопы. Используйте шкурки овечьего меха.

- В настоящее время не рекомендуется пользоваться резиновыми кругами и подкладками, поскольку они приводят к большей травме вокруг области давления и способствуют распространению пролежней. При каждой смене положения тела следует проверять состояние кожи пациента в области давления. Следите за соблюдением личной гигиены, постельным бельем, которое должно быть чистым, сухим, без складок и крошек.

- Следите за регулярным опорожнением кишечника. Предупреждайте и лечите недержание мочи и кала.

- Не допускайте несбалансированного питания пациента, оказывайте ему помощь в приеме пищи, если этого не делают члены семьи, социальные работники или волонтеры. Риск возникновения пролежня повышают дефицит белка, дисбаланс азота, серы, фосфора и кальция, витаминов группы В и С.

1. Наблюдение за пациентом

Пациенты преклонного возраста предъявляют МС различные *жалобы*. Среди них наиболее характерными являются боли в суставах, головные боли, головокружение, шум в ушах и голове, ухудшение памяти; часты жалобы на одышку, запоры, снижение аппетита, нарушения мочеиспускания и дефекации, старческую немощь, потерю слуха и зрения. Особое значение в уходе приобретают психологические особенности. Старение сопровождается быстрой утомляемостью пациента, отрицательно сказывающейся на качестве работы, приводит к ошибкам в выполнении назначений, обнаруживаемым позднее. Помимо прочего, пациент имеет повышенную чувствительность к сквознякам и к быстрому снижению температуры в помещении. Это связано с угасанием деятельности терморегулирующих механизмов и утратой «рефлекса дрожания», в силу чего необходимо ограждать престарелого пациента от сквозняков, особенно если он не может передвигаться и постоянно находится в постели или в кресле. Пациента следует вывести из помещения при проветривании, если температура воздуха в нём стала ниже 15 °С. При невозможности сделать это, больного человека следует укрыть несколькими одеялами. Несколько раз в день он должен принимать горячую пищу, иметь под руками горячее питье, особенно в холодную погоду. Особое внимание следует обращать на температуру кистей и ступней, поскольку эти части тела более других подвержены переохлаждению. Для предотвращения этого пациент может носить митенки или рукавицы с обнаженными пальцами, теплые носки и тапочки на толстой подошве.

Примерно одна треть общего объема тепла, вырабатываемого телом, теряется через голову, поэтому нужно, чтобы старый пациент носил головной убор на улице, а также дома, если ему холодно. Одежда пожилого человека должна быть теплой и достаточно свободной. Помогая пациенту принимать душ или ванну, необходимо проверить температуру помещения, где это происходит, позволить пациенту самому попробовать, достаточно ли теплая вода на ощупь.

Одним из наиболее ярких изменений во время старения является *замедление реакций*, связанное с повышением порога возбуждения в нервных клетках и волокнах, замедлением проводимости возбуждения, снижением активирующих и тонизирующих влияний отдельных нейрофизиологических систем в организме. В этом процессе имеют значение и психологические факторы – настроение, установка человека на выполнение задания, неожиданность или ожидание решаемой задачи, ее диапазон и сложность. Особую трудность для пожилых людей представляет использование имеющейся

информации в незнакомой ситуации. При достаточно хорошем удержании в памяти давнего материала у них значительно слабеет фиксирование текущего опыта.

Среди лиц в возрасте 60 лет и старше наиболее распространенным видом патологии являются болезни системы кровообращения. Второе ранговое место занимают болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани, далее следуют болезни органов дыхания, пищеварения, нервной системы и органов чувств, новообразования.

Адекватная физическая активность очень необходима гериатрическим пациентам, поскольку они помогают сохранить подвижность суставов, повышают общий тонус организма, замедляют снижение мышечной массы. Утверждение древнегреческого философа Аристотеля, что «движение — это жизнь» приобретает особую актуальность для этой категории пациентов.

Падения у пожилых людей нередко становятся причиной потери независимости, инвалидности и даже смерти. Как минимум 30% людей старше 65 лет, живущих независимо, и 50% пациентов домов престарелых падают ежегодно. Частота падений увеличивается на 10% каждое десятилетие жизни пожилых людей (Tinetti M.E., 1988). Падения становятся причиной серьезных повреждений в 10–15% случаев (Sattin R.W., Lambert HAD, De Vitro C.O., 1990), переломов в 5% (Tinetti M.E., 1988; Sattin R.W., 1990). С другой стороны, 5,3% всех госпитализаций и 90% случаев переломов проксимального отдела бедра обусловлены падениями с высоты собственного роста (Rekineri N., Vusserm M., Peila R., 2002). Среди факторов риска вне позвоночных переломов падение более значимо, чем снижение минеральной плотности костной ткани.

МС можно проверить устойчивость пациента, наблюдая, при определенной страховке его передвижения, постановку стоп при ходьбе, обратив особое внимание на постановку «тандем» (рис. 2), указывающую на высокий риск падения пациента. После диагностики МС следует дать пациенту рекомендации с пояснениями (табл. 2.3).



Рис. 2. Постановка стоп при ходьбе типа «тандем» (высокий риск падений пациента).

Существуют известные рекомендации по профилактике падения престарелых пациентов и их последствий (табл.2.4).

Таблица 2.4

Таблица 2. Рекомендации по предупреждению падений для пациентов (модифицировано из MayoClinic.com, 2008)	
Рекомендации	Объяснение
1. Если Вы падаете чаще чем 1 раз в год – обратитесь к врачу	Детальное описание, как Вы упали, теряти ли сознание, поможет выявить болезнь. Врач должен ознакомиться со списком применяемых препаратов (гипотензивные, седативные препараты могут увеличивать риск падений)
2. Носите удобную нескользкую обувь	Желательно каждый раз обращать внимание на качество подошвы (не слишком толстая, не слишком жесткая, т.к. это ухудшает чувствительность, не скользкая). Предпочтительно избегать туфель, которые свободно надеваются, выбирать туфли на шнурках или застёжке и всегда тщательно застегивать, чтобы обувь плотно прилегла к ноге. Обувь должна соответствовать размеру. приветствуется использование женской обуви, если она не может подобрать соответствующей полноты среди женских моделей
3. Внимательно осмотрите дом, в котором живете Вы или пожилой человек, и удалите все посторонние предметы с пола, освободите все проходы в помещении	Разбросанные игрушки, провода, низкие стульчики и маленькие скользкие коврики нередко становятся причиной трагедии. Необходимость передвигаться боком увеличивает риск падений вбок и, следовательно, перелома бедра. В ванной комнате необходимо наличие специального нескользкого коврика и дополнительных ручек
4. Хорошо освещайте помещение	Выключатели света лучше оборудовать специальными устройствами, чтобы они были легко заметны в темноте, свет должен быть в пределах протянутой руки возле постели пожилого человека. Проходы к выключателям должны быть свободны. Никогда нельзя передвигаться в темноте. На случай отключения электричества у пожилого человека всегда должен быть под рукой независимый источник света
5. Всегда используйте вспомогательные приспособления, если в этом есть малейшая необходимость	Специальные ручки должны быть в ванне, чтобы облегчить подъем. Специальные пластиковые сидения и ручные души могут облегчить посещение ванной комнаты. Удобно использовать более высокую модель унитаза или туалет с подлокотниками. Всегда держитесь за перила и используйте ограждения. Полезны могут быть трости и другие приспособления для передвижения

Причины постельного режима как медицинской процедуры, направленной, вкуче с другими, на излечение пациента преклонного возраста: последствия инсульта; тяжелые деменции; тяжелые стадии хронической сердечной (печеночной, почечной) недостаточности; перелом шейки бедра при отсутствии хирургического лечения; финальные стадии онкологических заболеваний. Длительная обездвиженность приводит к особенностям физиологических процессов в организме пациента, состоящим в развитии синдрома иммобилизации с замедлением передачи нервных импульсов, развитием атрофических процессов, изменением адекватности восприятия внешнего мира из-за нарушения пространственных отношений, появлении признаков синдрома изоляции.

Часто пациенты преклонного возраста ограничивают не только физические, но и умственные нагрузки (потеря автономности*), что может приводить к дестабилизации психоэмоционального состояния (прил.7). Чтобы избежать этого, Пвр или МС необходимо обеспечить постоянное поступление дозированных объемов информации, чтобы у пациента была возможность поддерживать свой интеллект в тонусе, можно дарить им кроссворды и головоломки. Это один из стимулов для сохранения желания жить, быть востребованным для семьи, ощущать определенную степень интереса к жизни и комфорта. Для пожилого человека важно поддерживать отношения со своим ближайшим окружением, особенно с родными и близкими. Часть пожилых людей, часть пациентов являются одиночками. Если пациент одинок, проживает отдельно от родственников, МС необходимо во время патронажа пытаться восполнить дефицит общения, как фактор предупреждения социальной изоляции, ведущей к депрессии.

Обеспечение физического и психического покоя, помощь при проведении гигиенических мероприятий, при приеме пищи является составляющей ухода за пациентами преклонного возраста. Медицинские работники не проводят уборку

помещений, но следят за поддержанием комфортных условий пребывания пациентов (доступ свежего воздуха в комнату, содействие пациенту при перемещении, близость жидкости для питья, предметов личной гигиены).

При невозможности пожилого человека двигаться (прикован к кровати, креслу), важно обеспечить его суставам возможность двигаться с прежней амплитудой. Достигается это при помощи «пассивных» упражнений, которые проделывает с телом больного человека МС, инструктор ЛФК [28]. Ухаживающий за пациентом специалист осторожно выполняет всеми его конечностями весь набор упражнений, который обычно больной выполнял сам. Это необходимо делать, как минимум, дважды в день, может быть, объединяя это с процедурой умывания или переодевания [2-4,26]. Сустав пациента, в течение продолжительного времени оставшийся без движения, может потерять подвижность, тогда МС следует быть осторожной, чтобы не нанести серьезных повреждений.

Современные подходы к предупреждению осложнений в функционировании организма у длительно обездвиженных пациентов включают обеспечение *достоинства* лежачего человека, создание среды, максимально привычной для него, организации образа жизни, близкого к прежнему режиму, а также возможную физическую активность. Это и моделирование жизненных функций пациента (питание, туалет и др.) с целью их приближения к физиологической норме. В практике МС может встретиться состояние, которое она должна своевременно распознать при определенных жалобах пациентов.

У пожилых людей возникают так называемые «транзиторные ишемические атаки» («прединсульт»): может возникнуть нарушение речи, резкая слабость, онемение в руке и/или ноге, слепота на один глаз, выпадение полей зрения, сильное головокружение с тошнотой, которые при соответствующем лечении проходят в течение суток. МС, заметившая у пациента появление подобных признаков, должна срочно сообщить об этом врачу. Такому пациенту необходима медикаментозная терапия для того, чтобы улучшить мозговое кровообращение, обмен веществ, уменьшить риск образования тромбов, повысить устойчивость мозга к нехватке кислорода. Самым тяжелым проявлением ишемии мозга является инсульт – острое, внезапно возникшее нарушение мозгового кровообращения, обусловленное разрывом или закупоркой одного из сосудов мозга. Инсульт является самым распространенным заболеванием головного мозга в зрелом и пожилом возрасте. МС должна ориентироваться в ограничениях ряда продуктов питания при лечении антикоагулянтами (запрет на употребление зелени укропа, петрушки, кинзы).

Благодаря новым интервенционным технологиям лечения на ранних стадиях заболевания смертность от инсультов постепенно снижается. Частота инсультов колеблется в различных регионах мира от 1 до 4 случаев на 1000 населения в год, значительно увеличиваясь с возрастом. В Республике Беларусь заболеваемость инсультами в 2-2,5 раза выше, чем в европейских странах, он занимает третье место среди причин смерти и первое среди причин инвалидности. В острой стадии болезни погибают 25-30% пациентов, к концу первого года жизни – больше половины. Среди выживших людей 20% возвращаются к прежней работе, до 80% пациентов, в той или иной степени нуждаются в посторонней помощи из-за параличей, нарушения координации, речи.

Профессионально обусловленное поведение МС базируется на понимании механизма возникновения и предупреждения последствий инсульта на жизнь пациента.

Советы по предупреждению инсультов. Что надо знать всем

МС может давать советы по предупреждению инсультов в пожилом возрасте не только пациенту, но и его окружению, поскольку инсульт проще предупредить, чем лечить. Существуют основные факторы риска, которые можно и нужно устранить, чтобы избежать инсульта. Для этого МС необходимо рекомендовать *пациенту* следующее:

1. Контролировать уровень артериального давления (АД). В норме АД не должно превышать 140/90 мм рт. ст. Более высокие стойкие цифры – это уже гипертоническая болезнь. Если АД превышает 140/90 мм рт. ст., целесообразно измерение АД 2 раза в день

в одно и то же время в течение 3 дней, затем нужно обратиться к ВОП. Помните, что утренние подъемы АД – самые опасные, чтобы их избежать, рекомендуют постоянно принимать гипотензивные (снижающие АД) препараты, действующие в течение суток [15].

2. Уменьшить потребление соли до 2-5 г/сут. Мало поваренной соли содержится в продуктах растительного происхождения (фрукты, овощи, крупы), молоке, свежих рыбе и мясе.

3. Увеличить физическую активность (рис.2). Выполнять динамические нагрузки невысокой интенсивности (ходьба в среднем темпе, катание на лыжах или велосипеде в среднем темпе, плавание в течение 40-60 минут 3-4 раза в неделю). Нужно следить, чтобы не было одышки, болей в области сердца, аритмии [26,45].

4. Отказаться от курения, ограничить прием алкоголя. Курение значительно повышает риск сердечно-сосудистых осложнений, в том числе инсульта (на 40% у мужчин и 60% у женщин) и инфаркта миокарда. Прием алкоголя повышает АД, поэтому следует отказаться от него, особенно если имеются факторы риска [31,74].

5. Снизить избыточный вес, соблюдать низкокалорийную диету. Можно самостоятельно вычислить индекс массы тела = масса тела (в кг)/ рост (в м. кв.). Если результат 20-24,9 – нормальная масса тела; 25-29,9 – избыточная масса тела; 30-39,9 – ожирение; больше 40 выраженное ожирение. Полезно увеличить употребление фруктов и овощей, продуктов богатых калием, магнием и кальцием, рыбы и морепродуктов, ограничить животные жиры. Последний прием пищи не позднее, чем за 3 часа до сна. Увеличить физическую нагрузку, пешие прогулки.

6. Избегать стрессовых ситуаций. Помнить, что положительные эмоции – залог успешного лечения. Выполнение данных рекомендаций позволит избежать инсульта.

Современный девиз работы МС с лежащим человеком в мире: «От ухода – к активизации», при котором значительно возрастает роль социальных работников, что предупреждает осложнения у длительно обездвиженных пациентов [26,55,62].

Особенности профилактики осложнений и активизации длительно лежащих пациентов преклонного возраста

1. Дыхательная система. Риски: прогрессирование дыхательной недостаточности; кислородное голодание; пневмонии. Основные причины: застойные явления в малом круге кровообращения; аспирация пищи при кормлении или желудочного содержимого; отсутствие свежего воздуха, инфекция типа коронавирусной. Одышка у стариков, с одной стороны, обусловлена нарушениями в системе кровообращения, а именно ее недостаточностью, а с другой – хроническими дегенеративными изменениями системы дыхания, вызывающими нарушение легочной вентиляции. Одышка чаще всего возникает при какой-либо физической нагрузке (при работе, ходьбе, подъеме по лестнице и т. п.).

Профилактика застойных явлений в легких пациента:

- дыхательная гимнастика (пассивная и активная);
- перевод в полу горизонтальное/вертикальное положение не менее 3 раз в день по 30-60 мин.;
- кормление пациента, в положении сидя/полусидя;
- при отсутствии рвотного рефлекса питание через зонд или альтернативными методами;
- пребывание на свежем воздухе путем вывоза на кровати (кресле-каталке) на улицу (балкон).

Современные рекомендации по обеспечению физической активности пожилых людей согласно стратегии движения для поддержания здорового старения (ВОЗ, 2010)

Аэробные нагрузки (ходьба, бег, плавание, велосипед и т.п.).
Для людей 18-65 лет:

- min 150 мин. в неделю обычных или 75 мин. интенсивных, max – 300 мин.;
- в день не менее 10 мин. (выходных быть не должно).

Для людей 65+:

- min 150 мин. в неделю;
- в день не менее 10 мин. (выходных быть не должно).

Анаэробные нагрузки (не менее 2 раз в неделю не менее чем по 30 мин.).

- Упражнения на баланс (не менее 2 раз в неделю). Подобная физическая активность пациентов преклонного возраста предупреждает последствия синдрома обездвиженности. Под контролем функциональных показателей сердечнососудистой системы постепенно интенсивность физических упражнений увеличивают. При появлении у пациента болезненных ощущений или чувства усталости, физические упражнения отменяются.

2. Сердечно-сосудистая система. Риски: прогрессирование сердечно – сосудистой недостаточности; тромбоэмболии; падение АД при перемене положения (ортостатическая гипотензия). Основными причинами являются застойные явления и сгущение крови.

Профилактика сердечной недостаточности пациента, находящегося на постельном режиме

- комплекс мероприятий по профилактике дыхательных расстройств;
- упражнения для конечностей;
- обеспечение достаточного водного режима (30 мл/кг в сутки при отсутствии противопоказаний);
- медленный перевод в вертикальное положение.

3. Желудочно-кишечный тракт. Риски: запоры, анорексия, синдром преждевременного насыщения.

Запоры кишечника наблюдаются в течение многих лет у больных пожилого возраста, ведущих сидячий образ жизни или находящихся на постельном режиме. Запор может развиться из-за атонии кишечника, снижения эластичности стенок кишечника, неправильного питания, неспособности добраться до туалета, состояния депрессии или неверных знаний о здоровье и функционировании организма. Иногда жидкий стул может просачиваться через завалы в кишечнике, вызывая ложный понос.

Анорексия (утрата аппетита) и нарушенные ощущения вкуса. С возрастом происходит ослабление двух компонентов вкуса – обоняния и вкусовых рецепторов. Происходит атрофия вкусовых сосочков, снижается их чувствительность. Особенно страдают сосочки, воспринимающие сладкое и солёное. Любая пища приобретает в результате горьковатый привкус. Старый человек начинает усиленно потреблять сахар и соль, чтобы как-то восстановить вкус пищи. Снижение восприятия вкусовых ощущений может привести к ухудшению аппетита и потере веса, а также употреблению некачественной пищи. Повышенная чувствительность старых людей к горькому вкусу, или сниженная – к сладкому и солёному могут стать причинами неосторожности в выборе продуктов питания.

Даже при наличии собственных зубов у пожилых людей часто нарушается функция кусания жевания, ухудшается механическая обработка пищи во рту. Однако чаще у них возникают проблемы с жеванием из-за плохого состояния полости рта. Слюны выделяется мало, поэтому пожилые люди часто жалуются на сухость во рту, трещины на губах и языке. При плохом уходе и наличии зубных протезов, под которыми всегда остаются частицы пищи, быстро развиваются гнилостные процессы, в связи с чем, пожилые пациенты могут отказываться от еды и терять в весе.

Пониженное потребление пищи (синдром преждевременного насыщения)

Вследствие возрастной гипотонии желудка у престарелых пациентов пищевой комок быстро опускается вниз, преждевременно заполняет антральный отдел, что приводит к ложному ощущению сытости. Преждевременное насыщение происходит у

пожилых людей за счет сигналов из желудка, а не из кишечника, как у лиц молодого и зрелого возраста. В итоге такой пациент может пострадать от хронического недоедания, что опосредованно приводит к нарушению когнитивной функции (интеллекта), а также переломам вследствие остеопороза, поскольку вызывает снижение костной массы и изменение мышечной силы (прил.10).

4. Мочевыделительная система. Риски: обезвоживание, пролежни.

Особенности мочевыделительной системы и профилактики осложнений у пациента преклонного возраста

Нарушение мочеиспускания возникает у пожилого человека при инфекционном заболевании мочевого пузыря, изменении его формы и тонуса, нервном стрессе, что причиняет боль, выводит из душевного равновесия. Причинами задержки мочеиспускания (ишурии) могут быть также конкременты мочевыводящих путей, обтурирующие их просвет, воспалительный процесс слизистой оболочки мочевыводящих путей, опухоль, рубцовая стриктура, заболевания центральной и периферической нервной системы. Оно наблюдается чаще у женщин, у мужчин типичной является задержка мочи, но может быть и выделение мочи самопроизвольно каплями при аденоме простаты. Некоторые пациенты пожилого и старческого возраста, находящиеся на постельном режиме, испытывают дискомфорт при необходимости опорожнения мочевого пузыря в необычных условиях: в присутствии других лиц, находясь в горизонтальном положении.

Главная проблема - подвижность и самостоятельность в передвижении, чтобы пожилой человек мог добраться до туалета, почувствовав позывы к мочеиспусканию, до того, как оно произойдет. Даже малое количество выделений может стать причиной неприятного для окружающих запаха. В случае несоблюдения правил личной гигиены возможны конфликты и изоляция старого человека в семье, поскольку запах, распространяемый им, непременно вызывает неприязнь окружающих.

Уход за пациентами пожилого и старческого возраста при задержке мочеиспускания

Задержка мочи у пациентов пожилого и старческого возраста может быть острой и хронической, полной и неполной, с болезненными позывами на мочеиспускание или без них.

Острая задержка мочи - задержка более 6-12 часов. Неотложная помощь - создание условий для выведения мочи из мочевого пузыря. В первую очередь необходимо успокоить пациента, помочь ему помочиться самостоятельно: изолировать пожилого человека от соседей по палате ширмой, попросить удалиться посторонних; положить теплую грелку на надлобковую область и подать судно, подогретое до температуры тела; открыть кран с водой (звук льющейся воды вызывает рефлекторный позыв на мочеиспускание).

При отсутствии эффекта от проводимых мероприятий об этом информируют врача. Для выведения мочи может быть назначена катетеризация мочевого пузыря мягким катетером. В сложных случаях решается вопрос о проведении цистостомии (хирургическое вмешательство, позволяющее эвакуировать содержимое мочевого пузыря через отверстие в коже надлобковой области).

Гигиена области гениталий гериатрических пациентов с дефицитом самообслуживания

Необходимо тщательно следить за чистотой кожи области гениталий пациентов пожилого и старческого возраста. У пациентов с дефицитом самообслуживания туалет области гениталий выполняет медицинский персонал. Для туалета области гениталий необходимо иметь кружку Эсмарха или кувшин с водой (температура воды 37-38°C), а также стерильные - лоток, салфетки, клеенку, судно. Перед выполнением процедуры необходимо подстелить клеенку на кровать и поставить судно под ягодицы пациента. Ноги пациента согнуты в коленях и слегка разведены в стороны. Кувшин или резиновая трубка от кружки Эсмарха находятся в левой руке, а марлевая салфетка - в правой.

Теплую воду поливают на область гениталий у женщин, и на промежность и паховые складки у мужчин и одновременно проводят по коже области гениталий салфеткой в сагиттальном направлении от лобка к копчику. Далее чистой сухой салфеткой вытирают кожу области гениталий насухо в том же направлении и обрабатывают кремом. В некоторых случаях допускается обработка области гениталий одноразовыми влажными салфетками для интимной гигиены.

МС должна обращать внимание на наличие у престарелых пациентов варикозного расширения геморроидальных вен, поскольку после акта дефекации геморроидальные узлы могут выпадать наружу, повреждаться грубой туалетной бумагой, поэтому следует обработать область вокруг анального отверстия антисептическим раствором.

Для профилактики слабости мочеиспускания и недержания мочи Пвр и МС рекомендуют:

- упражнения для мышц малого таза [26,54,86];
- при возможности – отказ от памперсов людям, способным контролировать мочеиспускание;
- осуществление акта мочеиспускания в положении пациента сидя;
- достаточный водный режим. Вода является особенно важным нутриентом для пожилых пациентов из-за их склонности к быстрому сдвигу в жидких средах организма. Суточная потребность в жидкости в среднем составляют около 1 мл/ккал поглощенной пищи или 30 мл/кг массы тела. Оценка баланса жидкости может помочь разобраться, почему у ослабленного пациента пожилого возраста появились неопределенные жалобы или изменения сознания, причиной которых может стать изменение баланса жидкости или электролитов.

5. Недержание кала. Риски: пролежни.

У пациентов старческого возраста иногда наблюдают недержание кала, причинами которого могут быть выпадение прямой кишки, прием слабительных средств. Заболевание проявляется постоянным отхождением полу сформировавшихся каловых масс, в результате чего у пациента возникает постоянное раздражение, затем – воспаление анальной области, пролежни в области крестца, обусловленные длительным нарушением трофики тканей. Ограничение подвижности у длительно лежащих людей приводит их в группу риска по осложнениям со стороны кожи.

Распространенность пролежней III и IV стадии, возникших по разным причинам, достигает 150 тыс. случаев в год (по странам Евросоюза, 2018), что связано с увеличением числа пожилых людей с ограниченной подвижностью.

Соблюдение правил личной гигиены, содержание в чистоте постели и палаты необходимы для эффективного лечения. Ф. Найтингейл писала: «...Что, собственно, разуметь под гигиеническими условиями? В сущности, их очень немного: это свет, тепло, чистый воздух, здоровая пища, безвредная питьевая вода, чистоплотность...». Для эффективного лечения и поддержания качества жизни помощь МС необходима в соблюдении правил личной гигиены, содержании в чистоте постели пациента и комнаты.

Положение больного человека в постели должно быть удобным, постельное бельё – чистым, матрас – ровным; при наличии у кровати сетки она должна быть натянутой. Для тяжелобольных и пациентов с недержанием мочи и кала на наматрасник, под простыню, стелется клеёнка. Женщинам с обильными выделениями на клеёнку кладут пелёнку, которую меняют по мере загрязнения, но не реже 2 раз в неделю. Тяжелобольных укладывают на функциональные кровати, применяют подголовники. Пациенту дают две подушки и одеяло с пододеяльником. Постель перестилают регулярно перед сном и после сна. Нательное и постельное бельё меняют не реже 1 раза в неделю после приёма ванны, а также при случайном загрязнении.

МС должна знать, и при необходимости тактично информировать заинтересованных людей, что существует государственная адресная социальная помощь

(социальное пособие по возмещению затрат на подгузники), о чем известно в ТЦСО, она регламентируется нормативными правовыми актами:

1. Указом Президента Республики Беларусь «О государственной адресной социальной помощи» от 19.01.2012 г. №41 (п.15) – 4 раза в год, не более 1 раза в мес.

2. Указом Президента Республики Беларусь «Об административных процедурах, осуществляемых государственными органами и иными организациями по заявлениям граждан» от 26.04.2010 г. №200.

3. Перечнем административных процедур по заявлениям граждан (пп.2.33.2 п. 2.33):

*заявление (бланки в органе по труду, занятости и соцзащите);

*паспорт;

*удостоверение инвалида (или ребенка - инвалида до 18 лет с IV степенью утраты здоровья);

*свидетельство о рождении;

*документы (чек), подтверждающие расходы на приобретение подгузников с обязательным указанием наименования товара в Республике Беларусь;

*индивидуальная программа реабилитации инвалида или заключение ВКК ОЗ о нуждаемости пациента в подгузниках;

*удостоверение на право представления интересов подопечного, доверенность для лиц, представляющих интересы инвалида I группы.

6. Нервная система, органы чувств у престарелых пациентов

Среди пожилых и старых людей могут встречаться пациенты с тяжелой судьбой и зависимостями от алкоголя, наркотиков. МС и социальные работники не вправе выбирать пациентов по собственному усмотрению, но им будет полезно ориентироваться в особенностях взаимодействия с такими больными людьми [38-40; эл.рес.3,6-9].

К особенностям поведения пациентов на разных этапах наркотизации относят вспыльчивость, раздражительность, превращение любого мелкого конфликта в «проблему жизни»; невнимательность, ложь. Пациенты, больные наркоманией или иной зависимостью, представляют собой людей с неустойчивой психикой, агрессивных, парализованных страхом, с отсутствием воли, спонтанным мышлением. Для поддержания доверительных отношений с подобными пациентами, МС должны иметь знания и навыки сообщения им неприятной, но важной информации, связанной со здоровьем. Обычно это представляется МС трудным, чему есть несколько объяснений:

1. Испытание чувства собственной некомпетентности (Что, если я могу этим навредить пациенту?).

2. Страх обвинения в причине болезни, причинение психологической боли (Вдруг меня обвинят в том, что это я своим поведением ухудшила его состояние?).

3. Боязнь неконтролируемых эмоциональных реакций пациента (страх, злость, грусть, зависимость, беспомощность) (А если он меня ударит?).

4. Опасение быть не понятым (Он меня совсем не понимает!).

5. Нереальный оптимизм, разрушающий доверие и несущий обиду (Прорвемся!).

6. Чувство неловкости вследствие стереотипа, согласно которому МС не имеет права на эмоции (панику, жалость, грусть) для успешного выполнения своих профессиональных действий (Не смеет реветь!).

7. Чувство беспомощности и растерянности, обусловленные незнанием, как себя вести, если пациент огорчен, не уверен в себе, бессилен (Не представляю, как же ему помочь?).

8. Дефицит времени, не влияющий напрямую на качество взаимодействия с пациентом (Поспешись – людей насмешишь).

9. Напоминание о несовершенстве медицины, человеческой уязвимости и о собственной смертности (Все под Богом ходим).

Сообщая информацию о болезни пациенту, никогда нельзя его осуждать, следует помнить высказывание Н. Коузинса: «Никто не знает достаточно, чтобы делать неопровержимые заявления о судьбе другого человека».

7. Психологические особенности лиц пожилого и старческого возраста

Риски для нервно-психической деятельности у пациентов престарелого возраста: усиление когнитивных расстройств (ослабление памяти, внимания и т.д.); прогрессирование деменции, а также появление или усиление синдромов дезориентации в месте, времени, собственной личности и пространстве (прил.17).

Большинство людей преклонного возраста можно причислить к категории пациентов в «пограничных» состояниях, нуждающихся в наблюдении и лечебной коррекции у гериатра [26], психотерапевта (психиатра) [8; эл.рес.7,10]. ВОП, Пвр и МС известно, что одно ХНИЗ приводит к так называемым «неврозоподобным» состояниям, к болезненной деформации характера, вплоть до психопатии [8].

При снижении когнитивных способностей пациента Пвр и МС должны знать обратимые состояния, приводящие к подобному исходу и по-иному организовывать уход (прил.8,9). Распространенные обратимые состояния, приводящие к снижению когнитивных способностей пациента, включают обезвоживание, нарушения питания, инфекционные процессы и проблемы, вызванные приемом лекарственных средств. Принятие надлежащих мер в отношении данных состояний обычно приводит к исчезновению симптомов снижения когнитивных функций.

Тяжелое обезвоживание и другие проблемы, обусловленные питанием, могут вызывать проявления делирия (напоминает деменцию) и, в особенно тяжелых случаях, приводить к гибели. Делирий проявляется внезапным развитием выраженной неспособности к концентрации внимания [8]. Кроме этого, возникает яркое нарушение ориентированности в окружающей обстановке и времени. Делирий развивается стремительно, его проявления в течение суток могут носить волнообразный характер. Он может провоцироваться остро возникшими органическими причинами, например, инфекционным процессом, приемом лекарственных средств, нарушениями обмена веществ (например, гипогликемией или гипонатриемией), употреблением психоактивных веществ или абстиненцией [2,4,11,19; эл.рес.3,6,9].

Обширные хирургические вмешательства и общий наркоз влекут за собой риск снижения когнитивных способностей, поэтому если в анамнезе пациента присутствует этот факт, Пвр или МС должны установить возможную связь со снижением интеллекта и памяти. В исходе любого обширного хирургического вмешательства существует достаточно высокий риск дальнейшего снижения когнитивных функций. Вместе с ВОП Пвр или МС необходимо точно определить степень такого риска и вместе обсудить данный вопрос с хирургической бригадой и анестезиологом до выполнения любых других операций или анестезиологического пособия [прил.17, ч.III].

Цереброваскулярная болезнь. Сосудистые заболевания головного мозга пациента тесно связаны со снижением когнитивных способностей. В случае, если у пациента имеется в анамнезе инсульт (микроинсульт, транзиторные ишемические явления), профилактика дальнейших расстройств такого рода является первоочередной задачей в борьбе с дальнейшим снижением интеллекта.

Характерна для пожилых людей забывчивость и рассеянность: положил очки, но не помнит куда, а они находятся в кармане пижамы или сдвинуты с переносицы на лоб. Престарелые люди не могут долго находиться в душных помещениях, особенно там, где накурено, у них быстро наступает кислородное голодание головного мозга. Старые люди ранимы, больше нуждаются в проявлении заботы и внимания со стороны окружающих. Внутренний мир приобретает для них большую значимость, чем прежде [11,27,33,64,72,77].

Головные боли, головокружение, шум в ушах и голове, а также ухудшение памяти, как правило, связаны с атеросклерозом сосудов головного мозга. При усилении

склероза проявляется упорная бессонница, которая обусловлена недостаточным снабжением мозговой ткани кислородом.

Психика пожилых людей также терпит изменения: они обидчивы, плаксивы, раздражительны. С приближением старости запасы психической адаптационной энергии обычно уменьшаются, пациент с трудом отказывается от прежних привычек и наклонностей, с большой неохотой воспринимает новое. Быстрота словесной реакции с возрастом постепенно замедляется, становится труднее высказывать мысли, требуется больше слов для их выражения.

Примеры работы с пациентом при снижении когнитивных способностей

Когнитивная стимуляция выявляется ВОП, проводится обычно психологом и может замедлить снижение когнитивных способностей (прил.7). Ее целью является оказание стимулирующего воздействия на пациента через когнитивную деятельность и припоминания, стимуляция различных сенсорных путей и поощрение контакта с другими людьми. Мероприятия по когнитивной стимуляции могут проводиться индивидуально или в группе. Работа в группе может лучше подходить некоторым людям; социальный контакт в группе может быть полезным.

В случае, если снижение когнитивных функций ограничивает самостоятельность и независимость пациента, вероятнее всего, у него будут значительные потребности в социальной помощи. Медицинский работник может помочь лицам (семье), осуществляющим уход, в разработке плана ежедневных мероприятий, помогающего нарастить объем действий, самостоятельно совершаемых пациентом, повышает степень автономности, помогает в адаптации и развитии самостоятельных навыков, а также минимизирует потребность в поддержке [26,54].

Члены семьи и лица, осуществляющие уход, могут:

- предоставлять информацию, необходимую для ориентированности, например, о дате, текущих событиях и новостях в обществе и семье, личности посетителей, погоде;
- содействовать формированию и поддерживать существующие контакты с друзьями и членами семьи дома;
- повышать и поддерживать на достаточном уровне безопасность домашней обстановки для сокращения риска падений и травм;
- размещать в доме информационные таблички, например, в туалете, спальне, на уличной двери – с тем, чтобы помочь пожилому человеку ориентироваться в окружающей обстановке;
- организовать и содействовать трудовым занятиям (сообразно способностям пациента).

Трудовые операции стимулируют физиологические процессы в организме пожилого человека, создают бодрое настроение, отвлекают от мыслей о своем состоянии, мобилизуют волю, приучают к концентрации внимания, направляют психологическую активность в русло предметной, осмысленной, результативной и дающей удовлетворение деятельности [Эл.рес.6,7].

Выделяются следующие виды трудотерапии:

Общеукрепляющую (тонизирующую) трудотерапию, направленную на повышение общего жизненного тонуса пациента, создающую психологические предпосылки для реадaptации, ведет к возрастанию базовой функциональной активности*.

Бытовую реабилитацию (увеличение способности к самообслуживанию), направленную на устранение беспомощности пациентами престарелого возраста путем последовательного обучения различным действиям в сфере самообслуживания.

Восстановительную (функциональную) трудотерапию пожилых и старых пациентов, направленную на восстановление нарушенной патологическим процессом функции и базовой функциональной активности.

Развлекательную трудотерапию (терапию занятостью), направленную на уменьшение отрицательных проявлений вынужденного продолжительного пребывания престарелых пациентов в постели дома или в БО, способствуя развлечению или переключению внимания пожилого человека с учетом индивидуальных интересов и склонностей.

Трудотерапия доступна на всех этапах реабилитации пациентов престарелого возраста, не требует сложных устройств, характеризуется невысокими материальными затратами и успешно сочетается с другими методами медикаментозной и немедикаментозной терапии [26; эл.рес.1].

К лицам, осуществляющим уход за людьми с выраженными когнитивными нарушениями, предъявляются повышенные требования. Стрессовые условия могут создавать угрозу для их собственного здоровья [8,12].

Понимая особенности старения, ни один медицинский работник не имеет права давать негативную оценку действий и жизни пациента, об этом сказано прп. Симеоном Псково-Печерским (Желнинным): «Не осуждай ближнего: тебе грех его известен, а покаяние его неизвестно. Чтобы не осуждать, надо бегать от осуждающих и хранить свой слух. Возьмем одно правило для себя: осуждающим не верить; и другое – никогда не говорить плохо об отсутствующих. Не мысли ни о ком зла, иначе сам сделаешься злым, ибо добрый помышляет доброе, а злой – злое».

Основные причины нарушения нервно-психической деятельности престарелых пациентов:

- отсутствие возможности видеть мир с вертикальной точки зрения с высоты человеческого роста;
- синдром замкнутого пространства;
- отсутствие обычных для жизни раздражителей (открытого солнечного света, запахов, воды, воздуха и т.д.);
- отсутствие привычного ритма жизни [прил.7].

Профилактика деменции разнообразна: создание открытой среды; моделирование обычного образа жизни; использование вертикализаторов (приспособлений, удерживающих пациентов в дозированном по времени вертикальном положении) (рис.21). МС и социальному работнику необходимо знать признаки, которые могут быть началом интеллектуальных проблем пациента [8,34,75].

Это снижение памяти на текущие события, нарушение способности считать, неспособность назвать текущую дату, месяц и год или ошибочное указание, дезориентация в окружающей обстановке и времени, неспособность дать название простым окружающим предметам (например: ручка, книга, стул), не узнавание близких и родных. Появление подобных признаков у пожилых людей - повод обратиться за консультацией к врачу. Не диагностированное нарушение когнитивных функций, скрытой депрессии могут иметь фатальные последствия для жизни пациентов [прил.7,8; эл.рес.6,7].

Нарушение сна (бессонница)

Подопечные МС и социальных работников часто отмечают расстройства сна, но нередко спят или дремлют днем, а ночью бодрствуют, читают, ходят, принимают пищу, вызывая у окружающих сомнения в адекватности поведения. Наиболее частой причиной нарушения сна у пожилого человека являются разнообразные дизурические расстройства, вынуждающие их вставать несколько раз в течение ночи. Возникновению бессонницы может способствовать плохо подобранная кровать, поскольку при остеохондрозе позвоночника, часто встречающемся в пожилом возрасте, лежание вызывает сильные боли по ходу позвоночника. Распространенными причинами нарушений сна являются, кроме прочего, плохое проветривание помещения, храп соседей, шум у соседей. Старый человек нуждается в 7—8-часовом ночном сне, а люди с выраженной астенией в дополнительном сне днем. Некоторые пациенты испытывают чувство страха с приближением ночи, борются с которым легче в присутствии ночной сиделки. Иногда

затруднения в быту у пациентов вызывает деменция – длительно протекающий и развивающийся с течением времени синдром, обусловленный изменениями в головном мозге. Деменция приводит к снижению когнитивных функций и отрицательно сказывается на выполнении задач в повседневном быту, таких как стирка, одевание, прием пищи, личная гигиена и пользование туалетом.

Лечение боли является важной составляющей комфортного самочувствия пациента при заболеваниях опорно-двигательного аппарата, которые снижают уровень двигательной активности и часто сопровождаются персистирующей болью [15,46,55]. Специфические биологические причины возникновения подобной боли редко удается определить достоверно. Согласно передовой практике, подход к лечению боли должен включать воздействие на целый ряд факторов, вносящих вклад в возникновение боли: физические факторы (такие как сила мышц, объем движений и выносливость), психологическое благополучие, питание и сон. В случаях, когда боль оказывается значительным препятствием для осуществления двигательной функции и деятельности, ВОП, обладающий специальными знаниями по лечению боли, разрабатывает план ее лечения [42-45,48; прил.6-8].

Мероприятия для купирования болевого синдрома при заболеваниях опорно-двигательного должны включать:

- самопомощь [26,28; эл.рес.12];
- упражнения и адаптивную физическую культуру [26];
- прием препаратов, начиная от парацетамола и нестероидных противовоспалительных препаратов до габапентина и опиоидов [2,15];
- мануальную терапию (массаж, манипуляции на суставах) и мобилизацию суставов [28];
- акупунктуру;
- психотерапию и когнитивную поведенческую терапию (как при симптомах депрессии) [2,4,8,55,62];
- спинальные инъекции (эпидуральные);
- радиочастотную денервацию.

Таким образом, общая рекомендация Пвр или МС пациенту: «Надо больше двигаться» может принести вред, если не осуществлять индивидуальный учет многих факторов, сопутствующих какому-либо синдрому у престарелых людей.

Современные рекомендации по обеспечению психической активности людей разных возрастов. Пример реализации рекомендаций в практической деятельности [прил.8].

Скрининг когнитивных расстройств (тест Brown – Peterson) ТРЕНИНГ

- Произносим три согласных с интервалом 1 сек: В К Л
- Просим повторить согласные в прямой и/или обратной последовательности. Пациенты с когнитивными расстройствами выполнить тест не могут.

Между тем известно, что существуют разнообразные способы сохранения умственной активности у пожилых людей. К ним относят такие варианты повышения ментальной активности, как изучение иностранных языков, освоение новых компьютерных программ и продолжение профессиональной деятельности.

Современным направлением профилактики ментальной немощи у престарелых людей является сочетание физической и умственной активности (Intelligence gym) (рис. 3).



Рис. 3. Intelligence gym – сочетание физической и умственной активности

Подробно упражнения для резилиенс-гимнастики, ставшие особенно актуальными для выздоравливающих после коронавирусной пневмонии пациентов [21,82,87; прил.12], опубликованы ранее с рисунками [26].

Определение снижения двигательной активности пациента

Краткий набор тестов физической активности (SPPB) используют для исследования физических возможностей пациента и рекомендуют их выполнение, поскольку характеризуют более высокую эффективность измерений. Этот набор тестов позволяет определить время выполнения трех заданий, каждое из которых оценивается по шкале из четырех баллов, с последующей оценкой общей суммы набранных баллов: от нуля (худший результат) до 12 (лучший результат) [прил.10].

Прежде всего, МС следует объяснить суть каждого теста и задать вопрос, может ли испытуемый пациент выполнить его. Если нет, выполнение следует оценить соответствующим образом и перейти к следующему этапу.

Вставание со стула

Несложный тест позволяет ответить на вопрос о том, нуждается ли пожилой человек в углубленной оценке на предмет ограничения двигательной активности.

Инструкция для проведения: Задайте пожилому человеку следующий вопрос: «Как вы думаете, вы смогли бы без вреда для себя подняться со стула пять раз подряд, не помогая себе руками?». (Продемонстрировать пожилому человеку, что имеется в виду.) Если испытуемый отвечает «ДА», попросите: – полностью сесть на стул – сложить руки на груди крест-накрест – полностью подняться со стула в положение сто, и затем сесть – повторить пятикратно, как можно быстрее, не останавливаясь. Определите время выполнения пробы – требуется углубленное обследование в случае, если испытуемый не может выполнить вставание со стула пять раз подряд в течение 14 секунд.

Проверка с подъемом со стула входит в число одного из этих тестов. Ее следует провести повторно после проведения двух других тестов:

- определение способности пациента к удержанию равновесия – удержание равновесия на протяжении 10 секунд в каждом из трех положений ног
- определение скорости ходьбы – тест на определение времени, за которое пациент проходит расстояние в 4 метра.

Баллы за выполнение каждого из тестов суммируются. Низкое общее количество баллов свидетельствует об ограничении двигательной активности. В схеме показаны два возможных пути осуществления ухода в зависимости от совокупного количества баллов.

1. Тесты на определение способности удерживать равновесие: попросите испытуемого поставить ноги поочередно в каждую из трех следующих позиций, удерживая положение в течение 10 секунд. Сформируйте общую оценку по сумме баллов за каждую из трех позиций.

2. Тест на определение скорости ходьбы: время прохождения дистанции в четыре метра. Время прохождения дистанции в четыре метра. < 4.82 секунды 4 балла 4.82 – 6.20 секунды 3 балла 6.21 – 8.70 секунды 2 балла > 8.70 секунды 1 балл Невозможность выполнения 0 баллов.

3. Тест на определение скорости ходьбы: время прохождения дистанции в четыре метра. < 11.19 секунды 4 балла 11.2 – 13.69 секунды 3 балла 13.7 – 16.69 секунды 2 балла 16.7 – 59.9 секунды 1 балл > 60 секунд или невозможность выполнения 0 баллов 1.

Когда от Пвр или МС требуются специальные познания

Оценка способности к движению у пациента должна производиться параллельно с оценкой других компонентов индивидуальной жизнеспособности. Например, при оценке способностей сенсорного восприятия, активности и психологических возможностей. В случае, если назначение физических упражнений осложняется выраженным снижением физических или психических возможностей, либо сопутствующими заболеваниями, могут потребоваться специальные познания для разработки подходящей программы упражнений. Может потребоваться направление на абилитацию, привлечение инструктора по адаптивной физической культуре.

Положение «стопы вместе» (рис.2). Удержание положения в течение 10 секунд 1 балл Отсутствие удержания положения в течение 10 секунд 0 баллов.

Не предпринято попытки удержания положения 0 баллов. В случае если попытки не предпринято – закончить выполнение тестов на определение способности удерживать равновесие.

Полутандемное положение стоп (табл.2.4). Удержание положения в течение 10 секунд 1 балл. Отсутствие удержания положения в течение 10 секунд 0 баллов. Не предпринято попытки удержания положения 0 баллов. В случае, если попытки не предпринято – закончить выполнение тестов на определение способности удерживать равновесие.

Тандемное положение стоп. Удержание положения в течение 10 секунд- 2 балла Удержание положения от 3 до 9,99 секунд 1 балл. Удержание положения в течение < 3 секунд 0 баллов. Не предпринято попытки удержания положения 0 баллов.

Результат. Снижение двигательной активности (оценка по тестам SPPB составляет 0–9 баллов) (прил.7,10). Этот несложный тест позволяет ответить на вопрос о том, нуждается ли пожилой человек в углубленной оценке на предмет ограничения двигательной активности.

Случаи, когда пациент нуждается в специализированной помощи

(ортопед, невролог, хирург):

- страдают от персистирующей боли, влияющей на настроение или другие компоненты функционирования организма [46];
- страдают выраженными нарушениями функции суставов;
- имеют перелом кости после минимальной травмы;
- находятся в группе риска (остеопороз, пол, др.)
- нуждаются в помощи при подборе подходящего ассистирующего устройства для двигательной активности [эл.рес.1].

Итоговая сумма баллов по результатам теста SPPB = сумма баллов по результатам трех тестов, описанных выше. Подробнее о тесте SPPB: http://hdcs.fullerton.edu/csa/research/documents/sppbinstructions_scoresheet.pdf

Безопасность физических упражнений. До выдачи рекомендаций в части физических упражнений или планирования программы физических упражнений МС следует расспросить о тех расстройствах здоровья, которые могут повлиять на продолжительность или интенсивность выполнения таких упражнений. В случае ответа «Да» на любой из перечисленных ниже вопросов, опытный медицинский работник должен разработать для пациента индивидуализированную программу физических упражнений.

- У вас бывают боли в области груди в состоянии покоя?
- Был ли у вас сердечный приступ за последние полгода?
- У вас были эпизоды обморока или потери сознания?
- Вы падали за прошедшие 12 месяцев?
- Был ли у вас перелом костей за последний месяц?
 - Возникает ли у вас одышка при выполнении повседневных действий в доме, например, когда вы одеваетесь?
 - Есть ли у вас заболевание суставов или мышц, которое ограничивает возможность выполнения упражнений?
 - Рекомендовал ли ваш поставщик услуг здравоохранения ограничение физических нагрузок? В проекте Vivifrail представлены практические рекомендации по разработке индивидуальной программы упражнений. <http://www.vivifrail.com/resources>

Пвр и МС должны понимать вред полипрагмазии* при нарушениях двигательной активности, которая может сказаться на равновесии, при этом необходимость назначения избытка лекарственных средств или эффективность у конкретного пациента может быть невысокой. К числу таких препаратов относятся, в том числе: противосудорожные средства; бензодиазепины; не бензодиазепиновые снотворные средства; трициклические антидепрессанты; антидепрессанты из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина; антипсихотики; опиоиды [8,15]. Выраженность избыточного медикаментозного лечения можно снизить за счет исключения неэффективных или дублирующих действие друг друга препаратов. В случае сомнения относительно возможности безопасной отмены какого-либо из препаратов, следует получить консультацию ВОП.

Выраженная боль, провоцируемая движениями, может ограничивать или полностью исключать возможность выполнения пациентом физических упражнений. Оценка выраженности боли, связанной с двигательной активностью, может оказаться полезной для разработки программы упражнений и для лечения боли. Можно воспользоваться кратким инструментарием, посвященным проблеме боли: https://www.aci.health.nsw.gov.au/_data/assets/pdf_file/0015/212910/Brief_Pain_Inventory_Final.pdf

Схемы организации ухода для улучшения двигательной активности и стимула способности пациента к движению

Программа мульти-модальных упражнений для лиц с ограничением подвижности позволяет сочетать физические упражнения и развитие смежных навыков с упором на укрепление основных групп мышц туловища, живота и нижних конечностей. Программу следует адаптировать к индивидуальным физическим возможностям и потребностям пожилого пациента. В рамках проекта Vivifrail предлагается практическое руководство по разработке программы упражнений, адаптированной к физическим возможностям <http://www.vivifrail.com/resources>

Оценка физического окружения с целью снижения риска падений предполагает изучение МС домашней обстановки для выявления вероятных угроз и выработки решений.

Примерами возможных решений могут стать: упорядочение предметов обстановки, убрать с пола незакрепленные коврики, выровнять уровень пола и устранить ступенчатые переходы, переставить мебель таким образом, чтобы получился широкий удобный проход, улучшить качество освещения и доступ в туалетную комнату, особенно в ночное время (например, прикрепив к стене поручни). Организация пологого подъема перед главным входом поможет людям, пользующимся креслами-колясками и всем тем, кто испытывает затруднения при учете обстановки во время передвижения, будет определяться конкретными ограничениями двигательной активности пожилого пациента.

Профилактика нарушения функции передвижения у престарелых пациентов

- обеспечение максимально возможной активности с введением элементов силовой гимнастики (с учетом рекомендаций ВОЗ, 2010);
- использование специальных приемов при перекладывании и перемещении лежачих людей (кинестерапии, вертикализаторов).

Советы МС по развитию двигательной активности пациента

Существуют определённые движения, облегчающие помощь пациенту с ограниченной подвижностью, выполняя которые, МС следит за собственной спиной. Такой подход называется кинестетикой*, это бережное отношение МС к собственному опорно-двигательному аппарату, основанное на новейших исследованиях по физиологии движения. Более подробную информацию о существующих приёмах и правилах можно получить у врача ЛФК или физиотерапевта.

Путь развития кинестетики лежит от модели ухода «Kinaesthetics» к адапционно-ситуативной модели ухода. С 2010 г. в проекте Белорусского Красного Креста «Укрепление Службы сестер милосердия» в течение 46 час. впервые начато обучение областных организаций навыкам ухода за больными людьми с помощью тренинга с тренерами для отработки полученных навыков в последующем с пациентами (28 час. тренинг, 18 час. самостоятельная работа).

«Kinaesthetics» – это наука о восприятии движения для развития дифференцированного и сознательного восприятия собственного движения, умения правильного применения движений в частной жизни пациента или профессиональной деятельности МС. Существует несколько систем представлений о видах деятельности человека (концепций).

Первая концепция – **взаимодействие**, которое является основой для всех последующих идей, акцентирует внимание у обучаемого на повышение восприятия своих движений и развитие возможности различать ощущения в собственном теле при движении в паре или в одиночку.

Вторая концепция – **функциональная анатомия** рассматривает связь анатомии и движения в условиях силы тяжести в костях и мышцах, в плоскости опорного и транспортного движения, ориентации вверх (вниз) и вперед (сзади).

Третья концепция – **движение пациента** с точки зрения параллельной и спиральной траектории движения в плоскостях, проведение анализа моделей движения других лиц, в том числе с ограниченными возможностями в сравнении со здоровыми людьми.

Четвертая концепция – **напряжение** обращает внимание на разное качество напряжения согласно понятиям «тянуть» и «давить».

Пятая концепция – **человеческая функция** подразделяется на простые функции, комплексные функции с движением на месте и при передвижении на основе изучения всех предыдущих концепций.

Шестая концепция – **окружающая среда** направляет внимание на действия человека и связь с окружающей действительностью (мебель, кресло-каталку и пр.) и на то, как человек воспринимает и реагирует на это окружение.

Некоторые правила и советы МС по кинестетике:

- Предоставляйте пациенту возможность быть как можно более самостоятельным (помощь **не вместо, а вместе**) только так можно максимально долго сохранять подвижность.

- Ваша помощь – это поддержка, сопровождение и подстраховка, поэтому, помогая подопечному, не торопите его.

Приём с использованием дополнительного стула для пациентов, имеющих силы вставать и ложиться самостоятельно, может быть полезным.

- Сиденье стула должно находиться на одинаковой высоте с основным стулом или кушеткой, где пациент обычно сидит.

- Принять положение, сидя по диагонали по отношению краю стула или кушетки, поставив ноги на пол, приготовиться сделать шаг.
- Опереться локтями на дополнительный стул, наклонившись вперед.
- Переместить центр тяжести на локти, как при готовности к кувырке.
- Центр тяжести приходится главным образом на дополнительный стул. У подопечного в таком положении сравнительно легко приподнять ягодицы, после чего он поворачивается и садится, но на другую поверхность (инвалидная коляска, туалет, кровать) [эл.рес.1].

Подобная техника помогает перейти также в лежачее положение на кушетке. Альтернативным вариантом является поворот, лёжа на животе, при котором бывает полезным положить на кушетку дополнительную подушку под грудь или живот больного человека.

Помощь МС пациенту, сидящему на кушетке или стуле

• Пациент принимает вертикальную позицию сидя, опираясь ладонями на кушетку. Колени при этом немного согнуты и приподняты. Поверхность кушетки должна быть по возможности плоской.

- Сядьте рядом с пациентом и положите одну руку спереди на тазовую кость подопечного, а другую руку на позвоночник на уровне грудной клетки.
- Затем подопечный слегка наклоняется наискосок вперед. При этом центр тяжести смещается на одну ягодицу.
- После этого МС, положив руку на тазовую кость с правой стороны, тянет пациента в направлении изголовья кушетки, затем меняет положение рук. Таким способом можно помочь пациенту плавно подвинуться в сторону спинки стула.

Помощь МС в переводе пациента из лежачего положения в положение стоя

- Поставьте стул или инвалидную коляску под углом рядом с кушеткой.
- Убедитесь, что коляска стоит надёжно. Уберите подлокотники и подножки, если это необходимо.
- Пациент лежит на спине. Попросите его положить на живот ту руку, которая находится дальше от вас.
- Затем пациенту нужно согнуть в колене одну ногу, затем другую, а после этого повернуть обе ноги по направлению к вам.
- МС нужно потянуть к краю кушетки ту ногу подопечного, которая находится ближе к ней, другая нога остаётся при этом согнутой в колене.
- Поддерживайте пациента одной рукой на уровне лопатки. Он должен положить вам на спину ту руку, которая находится дальше от края кушетки. Свободной рукой потяните ту руку подопечного, которая остаётся лежать на кушетке.
- Поддерживая пациента, таким образом, и, опираясь свободной рукой на кушетку, можно легко помочь ему перейти в сидячее положение.
- Если человек сидит неустойчиво, поправьте свободной рукой то его колено, которое находится ближе к вам. Это сделает положение пациента более устойчивым.
- Пациенту нужно повернуться спиной к стулу, опираясь руками о кушетку.
- Поддерживайте колено пациента правой рукой, а спину на уровне грудной клетки левой. Гантите пациента за спину на уровне грудной клетки, поддерживая колено другой рукой. Таким образом, подопечный становится на ноги, по-прежнему опираясь руками о кровать.
- Плавно повернувшись, человек может сесть на стул. МС нужно поддерживать колени подопечного, во время того, как он опускается на стул.

Обратите внимание на то, что если пациент чувствует себя плохо и неуверенно держится на ногах, будет лучше помочь ему плавно опуститься на пол, а не вести его до ближайшего стула, стараясь сохранять вертикальное положение. Нужно позволить

подопечному отдышаться, а затем помочь снова встать на ноги. При необходимости следует попросить помочь кого-либо ещё.

Поддержка пациента при ходьбе

- Убедитесь, что ваша обувь удобна и не скользит. Займите положение рядом с пациентом с больной стороны тела.
- Поддерживайте своим тазом таз подопечного.
- Положите одну руку на спину пациента на уровне таза с противоположной стороны.
- Пальцами другой руки поддерживайте ладонь той руки подопечного, которая находится ближе к вам.

Правила движения пациента при ходьбе

- Передвигаться МС следует медленно и в одном ритме с пациентом. Помогайте ему выполнять только движения, какие бы он выполнял сам, передвигаясь и выполняя движения, подобные танцевальным. Благодаря этому общий вес не будет распределён только на вас.
- Делайте всё медленно и постепенно. Движения разными частями тела нужно выполнять последовательно, а не одновременно.
- Поддерживайте пациента в стабильных частях тела, т. е. в тех частях, которые, сами являются относительно неподвижными: например, в области грудной клетки, в верхней части локтя или колена, у гребня подвздошной кости.
- Помогайте пациенту так, чтобы он сам был в состоянии совершать некоторые движения (например, движения суставов шеи, плеч, предплечья, талии, бёдер и голеней).
- Осторожно тяните пациента, не выполняя при этом резких, толкающих движений. Это требует значительно меньших усилий.
- Позаботьтесь о том, чтобы ваши ноги также оставались подвижными. При необходимости поддерживайте пациента согнутыми коленями.
- Следите за тем, насколько устойчиво вы сами стоите на ногах. Прилагая усилия, следите за опорой.

Пациент, перенесший инсульт, может учиться ходить с помощью обычной или трости с широким основанием. Трость с широким основанием, или на четырех ножках более устойчива, чем обычная, является удачным выбором для спастических больных. Иногда ножки трости могут застрять между мебелью или она может упасть.

Высота трости должна быть такой, чтобы, когда больной человек стоит или поднимает, а затем опускает трость, чтобы сделать шаг вперед, расстояние между находящимся спереди наконечником трости и стопой пациента должно составлять 15 см, а его локоть должен быть согнут приблизительно на 30°. Больной держит трость в более сильной руке.

Потеря способности к самостоятельному передвижению и зависимость от инвалидной коляски – большое потрясение для человека. В таком случае, ценной помощью от МС является возможность обучения передвигаться по дому в коляске. Инвалиды-колясочники могут также использовать автомобили, такси и социальный общественный транспорт, как правило, снабженный соответствующими вспомогательными устройствами. Инвалидную коляску можно взять напрокат, при этом, следует проконсультироваться с ортопедом и неврологом о наиболее подходящей модели.

Пвр и МС обязаны научить пациента и его семью о мерах безопасности при пользовании инвалидной коляской.

Правила безопасного обращения с инвалидной коляской

- Подробно расспросите пациента (подопечного), насколько ему необходима ваша помощь при передвижении в инвалидной коляске.

- Попросите специалиста показать вам, как складывается и раскладывается коляска, как она разбирается и собирается, как нужно преодолевать препятствия вроде лестниц, как правильно наклонять коляску и т. д.

- При остановке каждый раз приводите в действие тормоз.

- Ставьте коляску так, чтобы у больного человека был хороший обзор. Подопечный должен видеть людей, с которыми ему хочется поговорить.

- Наклоняйтесь к пациенту каждый раз, когда хотите ему что-нибудь сказать или показать, поскольку сидящий в коляске видит всё под другим углом

- Время от времени проверяйте, насколько удобно сидит пациент: стоят ли ноги параллельно на подножках; сидит ли подопечный прямо: занимает ли он всю поверхность сиденья [30,31].

8. Органы слуха и зрения. Риски: падения, трудности кормления, ограничения передвижения.

Потеря слуха и зрения. Изменения органа слуха ведут к старческой тугоухости, снижающей восприятие всех тонов, больше всего — высоких, поэтому восприятие речи почти не улучшается при усилении её громкости, особенно в шумной обстановке. С возрастом падает не только острота слуха, но и зрения, особенно в ночное время, возникают психологические особенности пациентов с разнообразными физико-анатомическими дефектами, состоящими в повышенной обидчивости, подозрительности, чувствительности, брезгливости к себе, тревоге и страхе перед общением. У слепых пациентов выражена робость, нерешительность, зависимость от близких людей, сочетающаяся с законопослушанием, принципиальностью и справедливостью.

Подробно по рисункам можно обучиться принципам перемещения пациентов при уходе на дому согласно концепциям кинестетики по материалам пособия для волонтеров Службы сестер милосердия «Основы ухода на дому» (Минск, 2011).

Помощь МС состоит в максимальной предупредительности, заботе, отношениях сострадания и милосердия к обделенным людям. Особую группу наблюдения МС составляют пациенты, перенесшие радикальные хирургические «калечащие» операции (маст-гистерэктомии и др.). Они могут испытывать депрессию, стыд, у них преобладают идеи ущербности, самообвинения, раздражительность, ворчливость. Участие МС, ее терпение, строгая конфиденциальность, подчеркнуто спокойное, доброжелательное, предупредительное отношение составляют суть взаимоотношений с этими пациентами.

Работа МС по профилактике суицидов у пациентов старших возрастных групп

Известно, что в конце XX века психические заболевания поглощали 10,5% глобальных расходов DALY, по прогнозу на 2020 г. они возрастут до 15% [5,8,10].

Пандемия коронавирусной инфекции 2010-2021 гг. принесла новые проблемы [21,29,41,50,63,67,81-87; прил.12]. Поскольку в 93% стран мира были нарушены или полностью прекращены услуги по охране психического здоровья, то спрос на цифровые приложения для его поддержания будет помогать удовлетворению такой потребности. До 31% виртуальных консультаций будут направлены на поддержку психического здоровья, оказание психологической помощи (по материалам из The Next Web, THQ, Healthcare Global, Medical Futurist).

В связи с возрастанием роли и расширением функций МС и Пвр будет уместно раскрыть отдельные элементы сестринской неотложной помощи с целью профилактики суицидов у престарелых пациентов [34; эл.рес.7,10].

Возрастание продолжительности жизни вызвало изменение отношения общества к медико-социальному уходу и труду Пвр и МС. Известно, что потребность в квалифицированных МС, готовых предоставить уход за тяжелобольным пациентом в стенах ОЗ или на дому в мире превышает их наличие.

Серьезную опасность для лиц престарелого возраста представляют суициды, предотвращение которых лежит не только на МС, но и всем окружении. МС необходимы

наблюдательность, предупредительность, спокойное, доброжелательное взаимодействие, основанное на уважении личности пациента.

Для МС или Пвр важно понимание основных причин суицидальных мотивов. К ним относят многообразные личные или семейные проблемы. Это могут быть: развод или тяжелая болезнь с перспективой инвалидности, смерть близких, одиночество, оскорбление, импотенция; или состояние здоровья (приобретенное уродство, психосоматическое неизлечимое заболевание); или поведенческие конфликты (страх наказания, позор, тюрьма); конфликты в семье, нищета.

Существующие **факторы повышенного суицидального риска** можно разделить на внешние и внутренние:

- **внешние:** психические заболевания и пограничные состояния; экстремальные условия жизни или работы; утрата престижа; пьянство, наркомания. Около 50% из этой группы имеют сочетание психического расстройства и соматического заболевания. Группу повышенного суицидального риска составляют пациенты с фатальным заболеванием, которое приносит страдания и ограничения, поэтому часто сочетаются с депрессией.

- **внутренние:** неадекватная самооценка; отсутствие целей и интереса к жизни; особенности характера; сниженная способность к эмоциональным нагрузкам.

МС необходимо знать причины, снижающие суицидальный риск: выраженная эмоциональная привязанность, родственные обязанности, чувство долга и чести, зависимость от общественного порицания суицида, внимание к своему здоровью, представление о неиспользованных возможностях, наличие эстетических критериев мышления, философское осмысление конфликта. Однако следует учитывать, что эти же факторы со знаком минус могут увеличить риск суицида.

В общественном и в медицинском сознании существует ряд устойчивых *заблуждений*, препятствующих спасению жизни людей из группы риска по суициду:

- Люди, говорящие о самоубийстве, никогда не осуществят его на деле.

На самом деле 4 из 5 жертв не раз подают сигнал о своих намерениях, но их часто просто не слышат.

- Самоубийство происходит внезапно, без предупреждения.

Это не так. Существуют сигналы, выражающие внутреннюю борьбу человека между жизнью и смертью.

- Люди с риском суицида постоянно думают о смерти.

Чаше люди в смущении, они хотели бы жить, но не знают как. Позывы к смерти у них кратковременны.

- Улучшение после попытки суицида означает, что угроза самоубийства миновала.

Фактически это самый зловещий симптом: если предыдущая попытка была неудачной, то вторая может стать «благоприятной».

- Суицид - наследственная болезнь или наблюдается у умственно неполноценных людей.

Подтверждений этому нет.

- Эти люди не хотят принимать помощь окружающих.

На практике разговоры, угрозы и попытки осуществить суицид есть «крик души», способ обратить на себя внимание людей. Внимание МС и социального работника может предотвратить гибель человека.

МС обязана знать **признаки суицидального поведения**, особенно при работе с престарелыми пациентами, психиатрическими, онкологическими, наркологическими больными:

- Уход в себя. Это стремление естественно для любого человека, но глубокое и длительное состояние может быть сигналом.

- Капризы и привередливость, если это поведение не вызвано погодой, усталостью, семейными неурядицами, самочувствием. Если ежедневное настроение пациента колеблется между возбуждением и упадком, то есть причины для тревоги.

- Депрессия - замкнутость, уход в себя, но при этом маскируется так, что долго незаметно перемен в поведении. Однако, «потухший взгляд», тяжелые вздохи, молчаливость, высказывания безысходности снижение работоспособности и интереса к обычным контактам, потеря уверенности в себе могут свидетельствовать о проблеме. В этих случаях важен открытый разговор пациента с врачом или МС.

- Агрессия - вспышки раздражения, гнева, ярости, жестокости с целью обратить на себя внимание. Осуждение и неприязнь окружающих усугубляют положение пациента.

- Нарушение аппетита. Отсутствие его или булимия связана с само разрушающими мыслями.

- Раздача подарков, своих вещей – прямой предвестник грядущего несчастья.

- Перемены в поведении, когда сдержанный, замкнутый, молчаливый человек начинает много шутить, болтать, смеяться, МС стоит присмотреться к нему. Усиление пассивности, безразличия к людям и жизни – тоже тревожные симптомы.

- Угроза – прямое предупреждение о готовящемся самоубийстве. МС надо проявить спокойствие, выдержку, предложить помощь. Нельзя допустить черствость и агрессию.

- Активная подготовка (собираение лекарств, рисунки с гробом, крестом, посещение кладбищ, разговоры о смерти). МС важно понять, насколько велико желание пациента принимать помощь других, что значительно увеличивает шансы на благоприятный исход критической ситуации. Эмоциональная закрытость, сокрытие суицидальных намерений, нежелание принимать помощь, сожаления о том, что ему «мешают» осуществить суицидальный замысел являются признаками неблагоприятного прогноза.

Оценка прогноза для жизни и высоты суицидального риска для пациента входит в компетенцию врача, однако МС также должны ориентироваться в этом [эл. рес.6-9].

Данные сочетания признаков свидетельствует о высоком суицидальном риске

- Если пациента беспокоит состояние депрессии и безнадёжности
- Если у него имеются устойчивые фантазии о смерти, прямо или косвенно высказанные идеи о самоповреждении или самоубийстве
- Он страдает от чувства вины (стыда, обиды, сильного страха)
- Наблюдается импульсивность в поведении, особенно при наличии стресса
- Имеется выраженное физическое или психическое страдание (болевого синдром, «душевная боль»)
- Отсутствует социальная и психологическая поддержка в семье и на работе
- Имеет место нежелание пациента принимать помощь (сожаление о том, что «остался жив»)
- Не принимающее и враждебное отношение Пвр и МС к пациенту [эл.рес.6,9].

Особое внимание МС должна обращать на сигналы, идущие от пациентов, склонных к суициду. Они могут быть поведенческими и словесными.

Поведенческие сигналы пациента проявляются:

- повышенной эмоциональной напряженностью;
- реакцией тревоги, иногда апатии;
- стремлением к уединению от родственников, друзей;
- неожиданным стремлением к порядку в своих бумагах, документах, делах;
- дарением вещей безо всяких объяснений;

- возвращением бумаг;
- предпочтением к черно-желтым цветам в одежде, ношению амулетов черно-желтого цвета.

МС следует обязательно задать вопросы, касающиеся суицидальных намерений пациента. Возможна примерная следующая последовательность задаваемых МС вопросов:

1. Вы чувствуете тоску и беспомощность, отчаяние?
2. Чувствуете ли Вы, что никому до Вас нет дела?
3. Есть ли у Вас ощущение, что жизнь не стоит того, чтобы ее продолжать?
4. Бывают ли у Вас фантазии о смерти?
5. Бывают ли у Вас мысли о нанесении себе самоповреждений?
6. Вы чувствуете желание покончить с собой?

Если пациент утвердительно отвечает на последние вопросы, необходимо уточнить следующее:

- Как часто появляются мысли о самоубийстве (самоповреждении)?
- Представляет ли пациент конкретный способ этого действия?
- Был (есть) ли у него определенный план самоубийства (время, место, обстоятельства, способ)?
- Имеется ли доступ к избранному способу (лекарства, яды, оружие, др.)?
- Чувствует ли он способность противостоять этим мыслям?
- Что может помочь противостоять этим идеям (семья, дети, работа, друзья, оказание медицинской и психологической помощи и др.)?

Суицидальные мысли у пациента преклонного возраста проявляются в таких высказываниях как: «я никому не нужен»; «меня никто не любит»; «не хочу никого видеть»; «жизнь не имеет смысла»; «я вас вижу в последний раз»; «я навещил вас в последний раз»; «вы со мной больше не увидите»; «я не могу выносить этого»; «я умираю»; «я не хочу жить». В первую очередь Пвр или МС об этом надо сообщить ВОП.

Беседа МС (Пвр) с пациентом является как способом оценки суицидального риска, так и началом терапевтических мероприятий. Правильно проведенная беседа может, хотя бы и временно, снизить риск суицида.

МС рекомендуется проводить беседу, руководствуясь следующими *принципами*:

- Неотложность. Наличие суицидального риска свидетельствует о том, что беседа с таким человеком не может быть «отложена», он нуждается в большем внимании к себе, чем другие пациенты.

- Беседу следует проводить изолированно от других пациентов, т.к. в присутствии других он может не раскрыть своих переживаний. В случае агрессивного поведения или подозрения на психоз необходимо присутствие нескольких медицинских работников.

- Спокойное, «принимающее» отношение. Важно показать (словами, мимикой, жестами), что Вы принимаете любые жалобы пациента, проявляете уважение к его мнениям и ценностям, понимаете его чувства.

- Активное слушание позволяет человеку выразить чувства словесно. В начале беседы достаточно простых вопросов о самочувствии, жалобах. Приходится быть терпеливым и не торопить пациента, адаптироваться к его темпу ведения беседы. К концу беседы вопросы могут стать более конкретными.

- Избегание моральных оценок, которые ухудшают контакт с пациентом.

- Нейтральность к психопатологии. Пациенты с психическими расстройствами переживают те же чувства, что бывают у других людей. Осознание факта психического расстройства часто сопровождается чувствами вины и стыда; депрессия – ощущением бесконечности страданий, безнадёжностью [эл.рес.12].

- Искренность и избегание невыполнимых обещаний. Рекомендуется избегать обмана или двусмысленных замечаний, которые могут быть неверно истолкованы. Пациента нужно проинформировать, что сведения о суицидальных намерениях будут

переданы врачу и другим членам комплексной бригады. Необходимо определить границы своих возможностей и рассказать пациенту о том, что Вы можете, а что не можете сделать для него.

- Неоднократное прояснение информации и проработка суицидальных мыслей. По ходу беседы МС некоторые темы требуют неоднократного прояснения, прежде всего, о суицидальных мыслях и намерениях. Вопросы об этом должны задаваться МС несколько раз по ходу беседы в разных формулировках. Чем больше человек сообщает в беседе с МС о своих чувствах и суицидальных намерениях, тем больше вероятность того, что они снизят остроту, и он сможет рассуждать более позитивно.

- Предложить пациенту план помощи, проинформировать о дальнейших действиях медицинского персонала, объяснить, что эффективная помощь не может быть оказана только путём однократной беседы. Пациенту объясняют необходимость врачебного осмотра, консультаций других специалистов. Важно это делать так, чтобы не создалось впечатления, что от человека хотят «отделаться», что его боятся.

Подобное поведение МС способствует формированию доверительного контакта и даёт возможность пациенту говорить о негативных чувствах.

Чего МС следует избегать в беседе с пациентом преклонного возраста с депрессией

- Часто перебивать пациента
- Показывать, что Вы «шокированы», проявлять слишком сильные эмоции
- Демонстрировать, что вы заняты, и что у вас нет времени
- Проявлять покровительственное отношение (разговаривать с позиций «старшего» или все знающего человека)
- Допускать неясность в высказываниях
- Провоцировать на более серьёзные суицидальные действия
- Давать обещаний о том, что Вы сохраните «в тайне» суицидальные замыслы [34,75; эл. рес. 6,9].

В случае выявления МС поведенческих и словесных сигналов склонности пациента к суициду она обязана подробно доложить врачу о своих наблюдениях, ибо только своевременная психологическая поддержка обеспечит необходимую помощь.

Психические расстройства и психические заболевания в предстарческом и старческом возрастах

Страх. В пожилом возрасте проблема тревоги, кроме психологического, имеет физиологический аспект, связанный с рядом специфических изменений: учащением пульса, изменением частоты дыхания, потоотделением, дрожью во всем теле, бледностью. Различные причины и проявления страха накапливаются в течение всей жизни. У женщин в возрасте 60 лет и старше сильнее всего проявляется опасение перед одиночеством, болезнью, плохими людьми и смертью. Мужчины в возрасте 60-70 лет чаще проявляют страх перед смертью, чужой и собственной агрессией, собственной беспомощностью, судьбой, совершенными ошибками, опасаются за детей и будущее.

Боязнь смерти – одно из переживаний, через которые рано или поздно проходит каждый живущий с приближением конца жизни и его осознанием. Существует зависимость между адаптацией к старости и отношением к смерти. Религиозные люди переживают более сильный страх, чем неверующие, поскольку, кроме опасений, связанных с уходом от земных дел, наступает страх, касающийся загробной жизни.

Психическая и поведенческая заторможенность вследствие недостаточного, однообразного питания и дефицита витаминов. Как только питание становится более полноценным, явления, напоминающие деменцию, исчезают.

Психическая и поведенческая заторможенность вследствие низкой температуры воздуха в доме. Состояние, внешне похожее на деменцию, нередко возникает вследствие

низкой температуры воздуха. Улучшение теплоизоляции, повышение температуры в жилище, регулярная горячая пища быстро улучшают когнитивные способности.

Психическая и поведенческая заторможенность вследствие *избыточного* приема *лекарств*. Характерный для многих пожилых людей бессистемный и избыточный прием лекарств, особенно снотворных (бензодиазепинов), а также гипотензивных и противоаллергических, ведет к ухудшению когнитивных функций, вялости и заторможенности. Необходим внимательный сбор лекарственного анамнеза, в том числе, получение информации от родственников, поскольку сами пациенты могут об этом умалчивать, считая подобный прием лекарств обычным. После прекращения их приема явления, напоминающие деменцию, обычно проходят.

Помощь МС при медикаментозной терапии в гериатрической практике

При сочетанном применении нескольких лекарственных препаратов у пожилого пациента может усиливаться фармакодинамический и токсический эффект. Согласно медицинской статистике, риск возникновения побочных эффектов на лекарственную терапию у пациентов в возрасте 60 – 80 лет в 1,5 – 7 раз выше, чем у молодых, поэтому при назначении лекарственных препаратов нужно помнить об отрицательном побочном действии [15].

При назначении пожилым и старым пациентам лекарственных средств необходимо исключить:

- лекарства, включая отпускаемые без рецепта, на которые уже имели место отрицательные побочные действия;
- необоснованное, без показаний, употребление лекарственного средства;
- вероятность какого-либо взаимодействия с другими принимаемыми лекарствами или продуктами питания;
- увеличение количества принимаемых лекарств;
- превышение терапевтической дозы подходящего лекарства;
- не рекомендуемую лекарственную форму для использования лекарства;
- неуверенность в правильности времени и дозы приема медикаментов со стороны пациента;
- отсутствие плана наблюдения за приемом лекарств, чтобы убедиться в эффективности лечения без неблагоприятных эффектов.

Учитывая высокую потребность пожилых и старых пациентов в медикаментозном лечении, все большее значение приобретает реализация **МС основных правил рациональной фармакотерапии** [15] в гериатрической практике:

- Не назначать лекарственное средство без предварительного детального изучения вероятных побочных эффектов, при необходимости – уточнить у ВОП особенности приема отдельных лекарственных средств.
- Медицинский персонал, родственники должны знать основные *клинические признаки передозировки* принимаемых их подопечными лекарственных средств. Даже небольшая степень медикаментозной интоксикации может быть причиной резких, а порой необратимых нарушений в стареющем организме.
- Постоянно информировать пожилых людей, часто и длительно принимающих различные лекарства, о смертельной опасности самолечения всеми доступными средствами.
- Любое медикаментозное лечение назначается престарелым пациентам по строгим, порой жизненным показаниям. Назначается только лекарственное средство, которое на данный момент доказательно облегчит тяжесть состояния.
- Индивидуальный подход к лечению реализуется определением адекватной дозы препарата, с учетом чувствительности и реактивности органа, системы и целостного организма, скорости всасывания, разрушения и выделения препарата у конкретного больного.

- Начинают лечение, по возможности, с наименее опасных медикаментов в малых дозировках, постепенно повышая малую дозу ($1/2$, $1/3$ общепринятой дозы), определяют индивидуальную толерантность пациента к препарату, его оптимальную терапевтическую дозу. После достижения клинического эффекта устанавливают поддерживающую дозу для длительного лечения.
- При использовании лекарств, воздействующих на жизненно важные физиологические процессы, поддержание постоянства которых необходимо для выживания (артериальное и онкотическое давление, диурез, уровень содержания в плазме крови калия, натрия, кальция, магния), следует избегать резких изменений дозы.
- Отдавать предпочтение комплексным лекарственным препаратам с однотипным терапевтическим эффектом компонентов, но с разным механизмом действия, что является средством потенцирования их влияния, понижения интенсивности лечения пациентов старших возрастов.
- Одновременное назначение нескольких медикаментозных средств требует исключения возможности их неблагоприятного взаимно потенцированного действия на организм престарелого человека.
- При длительном (непрерывном) медикаментозном лечении пациентов старших возрастов нужна постоянная его коррекция — уменьшение количества одновременно назначаемых препаратов, переход на поддерживающие дозы, замена одних лекарств другими с однонаправленным терапевтическим действием, профилактическое лечение, разумные перерывы в лечении.
- Для профилактики лекарственной интоксикации у пожилых и старых людей особое значение имеет контроль объема, выделяемой мочи, что предотвращает нарушение функции экскреторных органов и лекарственную интоксикацию.
- При проведении медикаментозной терапии следует учитывать психическое состояние пациента, социальные условия, наличие постороннего ухода, при осуществлении которого нужно максимального щадить его вкусы и привычки, обеспечить необходимыми рекомендациями по лечению, желательно, в письменном виде.

Болезнь Альцгеймера — широко распространенное среди пожилых людей первичное дегенеративное заболевание головного мозга, основным проявлением которого является постепенно прогрессирующая деменция [8].

Отличается от сосудистой деменции — ступенчато нарастающего снижения интеллекта и когнитивных функций вследствие повторяющихся нарушений мозгового кровообращения в мелких и средних сосудах и следующих за ними паренхиматозных повреждениях.

Согласно прогнозу по болезни Альцгеймера для престарелых людей в мире, известно, что в 2006 г. число заболевших в мире составило 26 млн. 60 тыс. человек, к 2050 г. их число возрастет в 4 раза (Б. Фишер). Средняя продолжительность жизни после установления диагноза — 7 лет, для 3% — более 14 лет. Начало болезни отмечается за 20 лет до установления диагноза (скрытый период).

Академик В.М. Бехтерев, посвятивший жизнь изучению мозга, однажды заметил, что великое счастье умереть, сохранив на дорогах жизни разум, будет дано лишь 20% людей. Остальные к старости превратятся в злых или наивных маразматиков, станут балластом на плечах собственных внуков и взрослых детей. 80% — это значительно больше, чем число тех, кому суждено заболеть раком, болезнью Паркинсона, слечь в старости от хрупкости костей. Чтобы войти в будущем в 20% людей с сохранным мозгом, начинать важно сегодня.

МС необходимо понимание причин потери интеллекта старыми людьми. Причина состоит в том, что с годами многие люди начинают лениться, интенсивно работая в юности, чтобы отдохнуть в старости. Однако, чем больше человек успокаивается и расслабляется, тем больший вред приносит психическому здоровью.

Уровень запросов пожилого человека начинает сводиться к банальному желанию: «вкусно поесть — вдоволь поспать», интеллектуальная работа ограничивается разгадыванием кроссвордов. Возрастает уровень требований и претензий к жизни, к окружающим, давит груз прошлого. Раздражение от непонимания чего-то выливается в отторжение действительности, из-за чего страдает память и способность к мышлению. Постепенно стареющий пациент отдалается от реального мира, создавая свой, зачастую жестокий, враждебный, болезненный фантазийный мир. Известно, что слабоумие никогда не приходит внезапно, прогрессирует с годами, приобретая всё большую власть над человеком. То, что сегодня предпосылка, в будущем может стать почвой для слабоумия, в наибольшей степени грозящего тем, кто прожил жизнь, не меняя своих установок, негибко. Такие черты как чрезмерная принципиальность, упорство и консерватизм быстрее приведут в старости к слабоумию, чем конформизм, способность быстро менять решения, эмоциональность: «Главное, ребята, сердцем не стареть!».

Пожилым пациентам полезно узнать о некоторых косвенных признаках, указывающих на то, что стоит заняться обновлением устаревающей информации в мозге (апгрейд, в терминологии современности). Длительное наблюдение МС за пациентом может выявить эти признаки и подсказать родным и самому пациенту, как осуществлять перезагрузку стареющего мозга для сохранности интеллекта (тест):

1. Вы стали болезненно воспринимать критику, но себе позволяете часто критиковать других.
2. Вам не хочется учиться новому, и вы скорее согласитесь на ремонт старого мобильного телефона, чем будете разбираться в инструкции к новой модели смартфона.
3. Вы часто ностальгируете по старым временам, произнося: «А вот раньше...».
4. Вы готовы с упоением рассказывать о чем-то, невзирая на скуку в глазах собеседника. Не важно, что он сейчас заснет, главное: то, о чем вы говорите, интересно вам.
5. Вам трудно сосредоточиться, когда вы начинаете читать серьезную или научную литературу, плохо понимаете и запоминаете содержание. Прочитав сегодня половину книги, уже завтра можете забыть её начало.
6. Вы стали рассуждать о вопросах, в которых ранее никогда не были сведущи: о политике, экономике, поэзии или фигурном катании. При этом, кажется, что вы настолько хорошо владеете вопросом, что могли бы прямо завтра начать руководить государством, стать профессиональным литературным критиком, спортивным судьей.
7. Из двух фильмов — произведения культового режиссера и популярной киноновеллы или детектива — вы выбираете второе. Зачем лишний раз напрягаться? Вы вообще не понимаете, что интересного кто-то находит в этих культовых режиссерах.
8. Вы уверены в том, что другие должны подстраиваться под вас, а не наоборот.
9. Многое в вашей жизни сопровождается ритуалами. Например, вы не можете выпить свой утренний кофе из какой-нибудь другой кружки, кроме своей любимой, не покурив предварительно кота, не пролистав утреннюю газету. Выпадение даже одного элемента выбило бы вас из колеи на целый день.
10. Временами вы замечаете, что тираните окружающих какими-то поступками, делая это без злого умысла, а просто потому, что считаете, что так правильнее.

Делаем перезагрузку и обновление стареющего мозга!

(советы для престарелых пациентов и их родных)

Обратите внимание на то, что самыми светлыми людьми, до преклонных лет сохраняющими разум, как правило, являются люди науки и искусства, по долгу службы напрягающие память, совершающие ежедневную умственную работу. Они всё время держат руку на пульсе современной жизни, отслеживая модные тенденции, даже в чём-то опережая их. Подобная «производственная необходимость» является гарантией счастливого разумного долголетия, которое МС следует поддерживать стимулированием

витаукта* и комплаенса*. Подробно упражнения по сохранению памяти и гибкости мозга можно найти в работе Рюта Кавашима «Тренируй свою память» (2017).

1. Каждые два-три года начинайте чему-то учиться. Вам не обязательно поступать в институт и получать третье (четвертое) образование. Можно пройти краткосрочный курс повышения квалификации, освоить совершенно новую профессию, завести хобби. Можно начать есть те продукты, которые раньше не ели, узнавать новые вкусы.

2. Окружайте себя молодыми людьми, у которых всегда можно поднабраться полезных вещей, помогающих оставаться современным. Играйте с детьми, они могут многому научить, о чем вы даже не подозреваете.

3. Если вы давно не узнавали ничего нового, может быть, вы просто не искали? Оглянитесь вокруг, и увидите, сколько нового и интересного происходит там, где живете.

4. Время от времени решайте интеллектуальные задачки и проходите всевозможные предметные тесты.

5. Учите иностранные языки, даже если не будете на них разговаривать. Необходимость регулярно запоминать новые слова поможет тренировать память.

6. Растите не только вверх, но и вглубь. Доставайте старые учебники и периодически вспоминайте школьную и вузовскую программу.

7. Занимайтесь физической культурой, спортом. Регулярная физическая нагрузка до седых волос и после действительно спасает от слабоумия.

8. Чаше тренируйте память, заставляя себя вспоминать стихи, которые когда-то знали наизусть, танцевальные па, программы, которые разучивали в институте, номера телефонов старых друзей и многое другое — всё, о чем сможете вспомнить.

9. Развивайте привычки и ритуалы. Чем более следующий день будет отличаться от предыдущего, тем меньше вероятность, что вы «закоптитесь», мозг ослабеет и приведет к слабоумию. Ездите на работу по разным улицам, откажитесь от привычки заказывать одни и те же блюда, занимайтесь тем, чего никогда раньше не умели.

10. Давайте больше свободы другим и делайте как можно больше сами. Чем больше спонтанности, тем больше творчества. Чем больше творчества, тем дольше вы сохраните ум и интеллект!

Направления работы по совершенствованию интегрированной долговременной помощи в уходе за пациентами на дому

- продолжение обновления и совершенствования нормативных правовых и локальных актов по участку ВОП [1,6,7,48];
- перераспределение функций в деятельности ВОП с учетом появления новых специальностей, например Пвр и МС гериатрических [эл. рес.3];
- развитие новых моделей и технологий сестринского ухода, расширение форм [23];
- усиление профилактической направленности посредством восстановления диспансеризации и скрининговых методов исследования здоровья населения [1,23,25,26,34,40,43,45,62,70; эл.рес.2,3];
- повышение профессиональной компетентности Пвр и МС через симуляционное обучение [68], непрерывное образование [11,12,27,33,62,64; эл.рес.12], стимулируемое системой аккредитации ОЗ [19,74,75];
- внедрение методов наставничества в ОЗ [31-33];
- совершенствование информационной среды для МС и Пвр, включая цифровизацию и общественные организации [20,42,45,48,52,54-56];
- создание условий мотивации для научных исследований с последующим использованием в практике профессионального образования [эл. рес.2,5];
- популяризация этических примеров деятельности специалистов сестринского дела с публикацией в профессиональных изданиях, повышение профессионального статуса МС с высшим образованием [20,61,72; эл.рес.2,3];
- активизация взаимодействия общественных объединений БелООМС [20] и др.

Резюме. Алгоритмы оказания медицинской помощи престарелым пациентам Пвр, МС имеют свою особенности и последовательность с учетом современных теорий сестринского процесса и практики сестринского дела на основе новой модели ухода – адаптационно-ситуативной (гл.4), начале применения цифровизации в деятельности медицинских работников благодаря ЭМК. Использование при этом нового принципа скоординированной и ориентированной на пациента медицинской помощи [66,78], работа с волонтерами и сообществами неравнодушных людей составляет перспективу для улучшения качества жизни пациентов преклонного возраста.

Картирование алгоритма СГО для Пвр и МС (прил.18) является методологией по совершенствованию качества медицинской помощи пациентам преклонного возраста [2,4,6,7,13,21,27,29,31,33,35,39].

К настоящему времени в сообществе ВОП сформировались методологические подходы к оказанию специализированной гериатрической помощи, необходимые для активного использования в учебном процессе Пвр и МС. Они заключаются в комплексной оценке состояния пациента пожилого и старого возраста с помощью специализированного гериатрического осмотра, предупреждению и реабилитации выявленных лиц с синдромом старческой астении, при определении потребности – обеспечение долговременного ухода на участке ВОП. Внимание к диспансеризации и скрининговым исследованиям будет возрастать [1,13,23,25,26,34,40,43, 45,49, 50].

Оптимизм в решении текущих проблем реализации Национальной стратегии «Активное долголетие - 2030» основывается на реализации девиза в деятельности работы МС с лежачим человеком в мире: «От ухода – к активизации». «Старение не такая уж плохая штука, особенно если принять во внимание возможную альтернативу», считал М. Шевалье.

Вопросы для саморазвития

1. Каковы принципы деятельности системы здравоохранения в отношении к пациентам преклонного возраста?
2. Назовите известные вам задачи из Национальной стратегии «Активное долголетие-2030».
3. Что включают понятия «уход» и «сестринский процесс»?
4. Назовите этапы сестринского процесса.

Глава 3. Особенности оказания медицинской помощи разным группам пациентов помощниками врача по амбулаторно-поликлинической помощи, медицинскими сестрами и акушерками в период пандемии COVID-19

«Чем более мы желаем добра окружающим, чем более делаем других счастливыми, тем более сами бываем счастливы».

Х.В. Гуфеланд

Пандемия коронавирусной инфекции внесла коррективы, усилив признание мировым сообществом важности места средних медицинских работников [21,50,63,70; прил.12]. Свидетельством преемственности и значимости в мире профессии МС стал 2021 г., объявленный ВОЗ Международным годом медико-санитарных и социальных работников. Внимание общества, образования и науки направлено на изменение должностных обязанностей МС и помощников врача по амбулаторно-поликлинической помощи (Пвр) с учетом современных технологий, которое влияет на качество медицинской помощи и инициативы АСТ-Accelerator*.

Принятая за основу непрерывного образования парадигма «к образованию через всю жизнь» (life-long learning) пришла на смену «от образования на всю жизнь», обусловленную умением и готовностью к постоянному обучению [23; эл.рес.2,3]. Интерес изучению этики, выявленный у обучающихся на кафедре ОЗиЗ БелМАПО, подкрепляет необходимость повторения в рамках пособия значимости нравственных и этических аспектов взаимодействия МС и Пвр с пациентами [11,21,29,38,72].

Нравственные аспекты деятельности медицинских сестер в период пандемии COVID-19: сопереживание, доброта и участие

Пандемия COVID-19 обострила нравственные проблемы в оказании медицинской помощи для всех людей, а не только для 14% лиц, получающих паллиативную помощь, из которых 85% онкологические пациенты, а также больные с инсультом, ВИЧ, а теперь и с тяжелой формой коронавирусной инфекции [29,41,50,63,64,81,87; прил.11,12].

Неотъемлемая часть подходов к заботе о здоровье и укреплении паллиативной помощи отражена в ряде резолюций Всемирной ассамблеи здравоохранения, ВОЗ, Европейского совещания по правам человека в 1994 г., Министерства здравоохранения Республики Беларусь. Это направление соответствует акценту в докладе ВОЗ [76].

Согласно политике ВОЗ Здоровье 2020, а вскоре и Здоровье 2030, Целям устойчивого развития [эл.рес.15] (Цель 3) осуществляется адаптация ролей и обязанностей МС и Пвр на амбулаторно-поликлиническом этапе оказания медицинской помощи [27,36, 47,52,56; прил.11; эл.рес. 8].

Продолжает развиваться и совершенствоваться структура оказания помощи на 4772 койках в БСУ, на 290 койках отделений медико-социальной помощи, в 17 отделениях паллиативной помощи на 479 коек для 463 взрослых и 16 детей и в 4 хосписах, и все эти организации нуждаются в МС.

Материально-техническое обеспечение труда МС, акушерок, Пвр, междисциплинарное взаимодействие и этическая составляющая мотивации их труда в период пандемии COVID-19 способствует более полному раскрытию потенциала (прил.12).

Деятельность Белорусского Красного Креста является лучшим примером сочетания применения технологий ухода за пациентами с высоконравственными идеалами гуманизма [55]. Основным постулатом в обучении средних медицинских работников является завет И. Кронштадтского: «Сестра милосердия должна научить больного полюбить свою болезнь» (прил.13). Обучение МС милосердия Белорусского Красного Креста согласно многолетнему международному проекту «Укрепление службы сестер милосердия» базируется на комплексном подходе. Слова свт. Тихона Задонского лежат в основе содержания их деятельности: «Милосердие есть выражение любви, оно одно ходатайствует перед Богом и просит у него милости для благодетеля. Богу бывает

любезнее не тот человек, который упражняется только в молитве, но тот, кто приобрел в своем сердце милосердие, потому что молитва без милости – как глас вопиющего в пустыне, или дерево без плодов».

Знакомство с деятельностью российских лейб-медиков XVII-XIX вв. выявляет прообраз семейного врача и пример не только высокого уровня профессионализма, благотворительности, но и нравственности [20]. За свой человеческий и врачебный подвиг последний лейб-медик царской семьи Е.П. Боткин, не оставивший своих пациентов и после их ареста, и, не будучи арестованным, разделивший участь венценосных пациентов до смерти, в 2016 г. причислен к лику святых страстотерпцев. Это не единственный врач XX столетия (св. Лука Войно-Ясенецкий), удостоившийся подобной чести, действовавший по совету преп. Нектария, старца Оптинского: «Творите добро ближнему, делайте внешнее, а когда оно будет в исправности, то и внутреннее образуется. Но, сделав добро, не гордитесь, а благодарите Господа: «Твоим благословением, Господи, совершил я это» (прил.13).

Международные этические принципы не являются новыми для МС в эпоху борьбы с COVID-19. Впервые они были приняты на заседании Большого Совета МСМС в Сан-Пауло (Бразилия, 1953), впоследствии пересмотренные во Франкфурте (Германия, 1965), затем в Мексике (1973, 2006). Рекомендации по применению принципов и Рекомендации по распространению Свода правил были выработаны профессиональным служебным Комитетом Международного совета МС в 1974 г. В настоящее время МС руководствуются постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 7 августа 2018 г. №64 и др [прил.13].

В период первого подъема заболеваемости пациентов коронавирусной инфекцией, МС столкнулись с негативными эмоциями пациентов, которые не новы: страхом, злостью на себя и других, грустью по утрате самостоятельности, зависимости как способа избежать перегрузки и временной беспомощностью [21,41,50,63; прил.12]. Обучение Пвр и МС «правилу сглаживания»* становится необходимой составляющей учебных программ дополнительного образования и самообучения.

Научным исследованием [81] доказано, что необходимость экстренного реагирования на распространение коронавирусной инфекции в сочетании с обеспечением санитарно-эпидемиологического благополучия, продолжением оказания медицинской помощи при ХНИЗ, а также проведением профилактических и реабилитационных (абилитационных*) мероприятий усложнила деятельность врачей и МС [81; прил.12].

В подобных ситуациях используют разные формы мотивации. Оценка уровня материальной и психологической поддержки во время работы в условиях пандемии у МС выявила показатели в $4,20 \pm 0,04$ и $3,64 \pm 0,0$ балла по пятибалльной шкале соответственно. Это имело отличие в оценке врачами: $3,75 \pm 0,06$ (материальная поддержка) и $2,83 \pm 0,07$ – психологическая ($p < 0,05$). Подобные показатели приводят к выводу, что материальная поддержка в период II и III волны распространения COVID-19 была достоверно выше и у врачей, и у МС, а психологическая поддержка была меньшей, по мнению обеих сторон участников обследования [81].

Выяснилось, что МС не владеют информацией о том, как уместно выразить соболезнование родственникам ушедших пациентов [54]. В связи с возникшей потребностью нынешнего времени распространения коронавирусной инфекции в профессиональных кадрах Пвр, акушеров, особенно МС-анестезиста осуществлено экстренное повышение их квалификации врачами-инфекционистами и военными врачами [63,67,70; прил.12].

Неожиданность пандемии COVID-19 произвела разрушительный эффект на здоровье населения всех стран мира. Медицинские и этические вопросы оказания помощи заболевшим и остальным жителям разных стран вскрыли неожиданные проблемы. Одной из них был вопрос избирательной деятельности врачей в условиях дефицита (аппаратов ИВЛ, КТ, средств индивидуальной защиты медицинских работников) [81].

Известно, что Комитетом по биоэтике (ДН-Bio) в 2014 г. опубликовано «Руководство по принятию решений о медицинском лечении в ситуациях конца жизни» для облегчения выполнения принципов, закрепленных Конвенцией о правах человека и биомедицины (Конвенция Овьедо, ETS No 164,1997) [63]. В работе рассматривались этические и правовые рамки процесса принятия решений, а также выводы-рекомендации. Поскольку данный вопрос касается деятельности врача и врачебных консилиумов, для МС полезно напоминание принципов, составляющих основы фундаментальных прав, закрепленных в Европейской конвенции по правам человека:

- ✓ право автономии, признание законных прав личности на свой выбор;
- ✓ принцип принесения пользы и не причинения вреда на основе свободного информированного согласия перед любым вмешательством на основе уважения частной жизни;
- ✓ право на отзыв пациентом информированного согласия отражено в Статье 5 Конвенции о правах человека и биомедицины;
- ✓ право на защиту от негуманного и унижительного обращения зафиксировано в Статье 3 Конвенции о правах человека и биомедицины;
- ✓ принцип справедливости – предоставлять только соответствующее лечение с учетом ожидаемых эффектов для здоровья пациента. Важно знать, что если в ситуации конца жизни может ставиться вопрос ограничения или прекращения лечения, не приносящего больше никакой пользы, то вопроса о прерывании ухода, включая паллиативное лечение, предназначенное для сохранения качества жизни пациента, возникать вообще не должно. Принцип справедливости в равном праве на доступ к медицинской помощи закреплен в Статье 3 Конвенции о правах человека и биомедицины [прил.12,16].

Паллиативный уход – интегральная часть здравоохранения и правительства должны гарантировать активный уход, направленный на контроль боли и других симптомов, обеспечение поддержки в борьбе с психологическими и социальными проблемами, где возможно – и духовной поддержки пациента и членов его семьи [25,54,63; прил.7,8,10,14].

Участники процесса принятия решений (все члены команды, осуществляющей уход и те, кто близок к пациенту) оценивают способность пациента понимать существенную информацию, оценивать ситуацию и последствия лечения, способность размышлять, сравнивать альтернативы и взвешивать риски и способность формулировать выбор, выразить и обосновать.

В случае невозможности участия пациента в процессе принятия решения ориентируются на выраженные ранее пожелания («предварительные распоряжения» или «завещания жизни», письменно осуществляемого полномочным поверенным лицом) [63].

Процесс принятия коллективного решения состоит из трех главных стадий: индивидуальной, коллективной и заключительной.

Из опыта работы с людьми, зараженными коронавирусной инфекцией, можно представить портрет «идеального» пациента:

- ✓ у такого человека нет потребительского экстремизма;
- ✓ отсутствует высоко непрофессиональная осведомленность о болезни (он не пользуется чайд-лайком);
- ✓ не имеет потребности жаловаться, но присутствует необходимость договариваться;
- ✓ при отсутствии налаженного ухода и дефиците чего-либо, у пациента нет намерения, чтобы жаловаться на самого незащищенного участника – МС;
- ✓ у такого пациента присутствует готовность вместе брать ответственность за свое здоровье.

Ошибки старших МС в случае работы в условиях коронавирусной инфекции могут случиться по неопытности, но существуют типичные ошибки при выписке, учете,

хранении и утилизации психотропных веществ и наркотических средств. Для предотвращения нарушений выписки, учета, хранения и утилизации психотропных веществ и наркотических препаратов, работа главных (старших) МС подлежит контролю со стороны администрации всех уровней управления, может включать уголовную ответственность [16,19].

Известно, что встреча человечества с пандемией коронавирусной инфекции выявила ряд проблем для общества и конкретного пациента, для тех медицинских работников, кто был подготовлен к работе в условиях физических и эмоциональных перегрузок и высоким темпам и объемами работы, навык психологической поддержки оказался очень востребованным (более подробно ниже).

В связи с этим все медицинские работники могут оказать психологическую поддержку, если:

- заметив подавленность пациента, обеспечат ему анонимную бесплатную круглосуточную консультацию психотерапевта или кризисного психолога, онлайн помощь [прил.13];
- будут стимулировать пациента на планирование ближайшего позитивного будущего, на воспоминания о приятных жизненных моментах;
- поддерживать в больном человеке надежду на выздоровление и поощрять проявления юмора;
- помочь пациенту в преодолении временных трудностей, которая дает оптимизм и бодрость и самим врачующим;
- позволяет пациенту выражать свои отрицательные эмоции (злость, тревогу, сожаление об упущенных возможностях), не принимая их к себе лично, а понимая как проявления болезни. При этом необходимо пресекать развитие синдрома выжившего, проявляя сочувствие к утратам;
- быть особо наблюдательной при лечении пациентов с психическими расстройствами в анамнезе, о суицидальных мыслях и их намерениях немедленно сообщать врачу.

Перспективой совершенствования качества медицинской помощи становится все более глубокое проникновение этики и духовного наполнения профессии МС, ярко проявившееся в гуманном отношении к пациентам с коронавирусной инфекцией в ходе преодоления пандемии [21,50].

Междисциплинарное взаимодействие Пвр и МС в команде ВОП возрастает в связи с усилением их роли в профилактике сахарного диабета (СД) [30; эл.рес.1].

Новая роль МС и Пвр на участке ВОП в оказании помощи при наблюдении и уходе за пациентом с сахарным диабетом 2 типа (СД 2)

Новая роль МС и Пвр в оказании помощи пациентами с заболеванием СД 2 обусловлена статистикой, свидетельствующей о том, что среди ХНИЗ он занимает основное место, результатами работы первого в СНГ учебно-реабилитационного центра для пациентов с СД под руководством академика А.С. Аметова и новыми научными исследованиями по диабетологии, включающими основы сестринской педагогики [эл.рес.7,8].

Ежегодно в мире число больных СД возрастает на 5-10%, что обостряет значимость предупреждения осложнений, выводя значимость вторичной профилактики на новый уровень благодаря команде врача общей практики (ВОП) с подготовленными МС и Пвр [10,18,48,52,53,56,68,80].

Известно, что в мире каждый одиннадцатый взрослый болен СД, распространенность в Республике Беларусь – 6,8% после болезней системы кровообращения и онкологических заболеваний и требует экономически затратного лечения [10]. Согласно данным 2017 г. расходы на здравоохранение у пациентов с СД в два раза выше и составляют 592,6 долларов США без учета косвенных расходов. Для привлечения внимания к проблеме, возрастания информированности населения о СД и

связанных с ним осложнений был учрежден Всемирный день борьбы против диабета (14 ноября). Подобные акции расширяют границы профилактики СД через воздействие на управляемые факторы риска (ФР) (физическую активность, рациональное питание, курение, зависимость) среди населения на участке ВОП и помогают в мотивации пациентов с управляемыми ФР к поведению, сохраняющему здоровье [эл.рес.8,14].

По данным ВОЗ известно, что здоровье человека зависит на 20% от наследственных факторов, на 20% – от условий внешней среды (экологии), на 10% от состояния системы здравоохранения и на 50% от самого человека, его образа жизни. Используя различные методы мотивации пациентов из группы риска по СД, Пвр и МС как члены команды ВОП, становятся главными проводниками идеи профилактики СД. Согласно Европейским рекомендациям приоритетом для первичной профилактики являются здоровые лица, у которых имеется высокий риск развития СД из-за комбинации факторов риска.

Для достижения приемлемого качества жизни с СД необходимо осуществлять профилактику не только на популяционном уровне (оздоровление, реабилитация и абилитация всех нуждающихся пациентов), но и предупреждать обострение имеющегося заболевания, т.е. вторичную профилактику.

Абилитация медицинская* – это комплекс медицинских услуг, направленных на формирование, развитие и поддержание функций органов или систем организма пациента, а также возможностей и способностей человека, естественное становление которых затруднено, обеспечиваемая в ходе наблюдения на участке ВОП, потребность в ней возрастает.

Известна статистика по первичной заболеваемости СД I типа, которая возросла в 4,5 раза (69,6 – 312,72 на 10 тыс. населения за 1995-2016 гг.). Количество пациентов за этот же период времени увеличилось в 2,8 раза [10].

Средняя продолжительность жизни пациентов СД значительно изменилась: в 1921 г. имела место 10-летняя выживаемость, в 2016 г. – 58,5 лет у женщин и 50,3 лет у мужчин. При этом, первичная заболеваемость СД 2 возросла в 5,1 раза (57,84 до 293,43 на 10 тыс. нас. за 1995-2017 гг.). Количество пациентов за это же время увеличилось в 3,2 раза, а средняя продолжительность жизни составляет 75,5 лет, у женщин – 70,1 лет, у мужчин – 58,5 лет. Известен прогноз к 2040 г. – пациентов с СД будет 642 млн., распространенность достигнет 10,4%. В мире в 2015 г. СД страдал каждый 11-й чел, к 2040 г. – будет каждый 10-й.

Популяционная стратегия (государственные мероприятия) осуществляется в Республике Беларусь с помощью Регистра пациентов «Сахарный диабет», первый вариант которого действовал с 1997 г., новый – с 2007 г., обеспечивая оперативность управления организацией эндокринологической помощи. Массовая профилактика СД предусматривает налаживание рационального питания, повышение физической активности для всей популяции, снижение табакокурения, оздоровление окружающей среды, а также компоненты по совершенствованию диспансеризации населения (совещание Минздрава Республики Беларусь от 25.04.2018 г.; приказ Минздрава Республики Беларусь от 10.04.18 г. №335; постановление Минздрава Республики Беларусь от 12.08.16 г. №96).

Междисциплинарное взаимодействие команды ВОП особо востребовано в связи с возрастанием заболеваемости СД и наличием ФР у 15-20% населения, особенно обеспечение своевременным офтальмологическим консультированием пациентов с СД согласно протоколам в системе оказания ПМП. Роль Пвр и МС в профилактике СД возросла, их работа на участке ВОП состоит в продолжении информирования проживающего здесь населения о ФР и ранних проявлениях СД, определении группы пациентов с высоким риском развития СД и отдельной работы с ней, совместно с общественными ассоциациями помощи в борьбе с СД. Индивидуализация оценки ФР, обучения навыкам самоконтроля, осмысленной оценке прогрессии хронических осложнений в Школе СД, и 1 раз в 3-5 лет повторные курсы обучения способствуют

эффективности профилактической деятельности Пвр и МС [1,30,74; эл.рес.1,7,8]. Смысл в новых технологиях диагностики СД посредством развития генетического тестирования по выявлению моногенных форм СД и более широкому использованию диабет-ассоциированных антител для чего продолжить обучение ВОП, Пвр и МС основам диабетологии, что оптимизирует работу в Школе СД [30; эл.рес.1,7].

Направления взаимодействия команды ВОП:

- сотрудничество и активность общественных организаций типа «Детский диабет» и др. позволит врачам активнее приступить к пересмотру национальных протоколов диагностики и лечения СД с использованием современных технологий («помпы») и лекарственных средств [эл. рес.1];

- расширение использования в лечении аналогов инсулина и полный переход на применение картриджной формы инсулина;

- обеспечение и обучение пациентов современными средствами самоконтроля (индивидуальная система суточного мониторинга);

- оптимизация учета и ведения регистра СД с переходом на функционирование on-line, а также оперативный адресный доступ пациента в единое информационное пространство и отношение к компьютеру, как инструменту, для общения в «личном кабинете пациента» не должно иметь агрессивный характер. Не полностью решены правовые и технические вопросы использования электронной карты пациента пользователями с разными приоритетами. Частью проблемы является то, что около 50% населения или не владеют компьютером и навыками получения информации с его помощью в силу возраста части престарелых пациентов, или отсутствия технических возможностей. Планируемое создание Экспертного Совета стран ближнего зарубежья по СД позволило бы применять в Республике Беларусь стратегии развития диабетологии в других странах, изучать качество лечения новыми средствами.

Ключевое изменение подходов, при котором пациенты получают больше полномочий и возможностей участия в собственном лечении, в котором поддержку оказывают на уровне первичной медицинской, а не только специализированной, помощи, является необходимой чертой здравоохранения и социальной поддержки в XXI веке [20,27,29,33].

Профилактическая роль МС и Пвр в осуществлении борьбы с ХНИЗ обуславливает их новое место в первичной и вторичной профилактике СД в рамках диспансеризации и междисциплинарного взаимодействия, является основой для мотивации пациента на сохранение и укрепление своего здоровья, профилактику осложнений [23,29,36,39,41,43,50,52,56,60].

Частота осложнений СД в мире впечатляющая: каждые 12 мин. случается инсульт, каждые 15 мин. – ампутация конечности, каждые 18 мин. – инфаркт миокарда, каждые 30 мин. – слепота, каждые 90 мин. – у пациента возникает потребность в гемодиализе. Распространенность СД в форме ретинопатии – 30-60%, риск у пациентов с СД I типа в 1,79 раз выше; нефропатии – 20-40% (регистрированная 28,8%, фактическая – 40,1%), полинейропатии – 70-76%.

Подтвержден практикой г. Минска с 1993 г. опыт предупреждения осложнений СД в форме «Школы сахарного диабета» (Школа СД). Сестринская педагогика становится обязанностью Пвр и МС, обоснованная деятельностью в 1999-2004 гг. в Республике Беларусь первого в СНГ учебно-реабилитационного центра для пациентов с СД. Развивая этот опыт вторичной профилактики, академик Аметов А.С. установил, что целью обучения в Школе СД является не передача знаний, а стимуляция мотивации пациента по изменению поведения и привычек, что потребовало долгосрочной пожизненной мотивации с повторными курсами обучения для стойкой компенсации при СД. Это привело к изменению функций Пвр и МС в обучении в Школе СД [30,74; эл.рес.1,7,8].

Особенности контроля гликемии при уходе МС и Пвр при заболевании пациента преклонного возраста СД 2 типа, включая коронавирусную пандемию

Исходя из постулата, что основной целью гериатрической помощи является поддержание на максимально возможном уровне качества жизни пациента с СД 2 типа, находящегося в возрасте старше 65 лет в диапазоне до 80 лет [82], обращаем внимание МС и Пвр на особенности контроля уровня гликемии у пожилых и старых пациентов.

Традиционные общетерапевтические подходы, такие, как достижение коррекцией референтных значений ряда показателей гомеостаза, что важно в молодом или среднем возрасте, отходят на второй план. МС и Пвр необходимо в индивидуальном порядке оценивать целесообразность приведения уровня глюкозы в норму, поскольку у пожилых людей велика опасность развития гипогликемических состояний, многократно усиливающих риск развития деменции и падений [59].

Новым в обеспечении вторичной профилактики осложнений СД 2 типа является овладение Пвр и МС на участке ВОП технологией контроля гликемии с помощью новых портативных глюкометров и обучение самоконтролю больных пациентов, адекватной реакции на колебания уровня глюкозы в крови и обоснованных сестринских советов без задействования ВОП и специализированных служб. Рассмотрим значение самоконтроля гликемии при СД 2 подробнее.

Адекватный контроль СД 2 типа включает нормализацию (по возможности) или снижение массы тела путем модификации питания и увеличения физической активности, лечение артериальной гипертензии и дислипидемии, отказ от курения и контроль гликемии. Именно последний пункт вызывает много вопросов, как со стороны пациентов, так и ВОП, а также Пвр, которые в настоящее время должны лечить сахарный диабет 2 типа на начальных этапах, еще не требующих назначения инсулинотерапии.

Основными параметрами, которые определяют контроль гликемии, являются уровень гликированного гемоглобина (HbA1c) и уровни глюкозы в крови в разное время суток. HbA1 отражает средний уровень глюкозы в последние 2 – 3 месяца.

Важно! Подробно критерии диагностики углеводного и липидного обмена, критерии компенсации СД и таблицу калорийности пищевых продуктов смотри по электронному адресу:

http://www.belmapo.by/downloads/oziz/sestrinskoe_delo/shkola_sah_diabeta.pdf

Следующим важным условием, которое необходимо соблюдать при лечении СД 2 типа, является отсутствие гипогликемий. Гипогликемические реакции могут привести к так называемым сосудистым катастрофам, кровоизлиянию в сетчатку глаза и, даже к гипогликемической коме. Врач (Пвр) должен подобрать терапию таким образом, чтобы уровни гликемии были как можно ближе к нормальным значениям, но никогда не опускались ниже 4 ммоль/л.

При гипогликемии у пациента МС и Пвр могут отмечать разнообразные клинические симптомы. Дифференциально-диагностические лабораторные критерии двух наиболее часто встречающихся коматозных состояний даны (табл.3.1). Клинические критерии дифференциальной диагностики комы, обусловленной гипергликемией или гипогликемией (табл. 3.1).

Таблица 3.1

Лабораторные критерии дифференциальной диагностики различных коматозных состояний

Коматозное состояние	Гликемия	Кетонемия
Кетоацидоз	Обычно выше 15 ммоль/л	++++
Лактат-ацидоз	Н или повышена	- или +
Гиперосмолярный синдром	++++ (до 100 ммоль/л)	- или +
Почечный ацидоз	Н или +++	- или +
Отравление салицилатами	+ чаще -	- или +
Гипогликемическая кома	Обычно менее 2,2 ммоль/л	-
Церебральная кома	Н или +++	- или +

	(до 55 ммоль/л)	
--	-----------------	--

Таблица 3.2

Сравнительная характеристика коматозных состояний у пациентов с сахарным диабетом

Коматозное состояние	Диабетическая кетоацидотическая (чаще при СД 1 типа) и гиперосмолярная (чаще при СД 2 типа) кома	Гипогликемическая
Причина	Недостаточные дозы инсулина или сахароснижающих перапратов, неправильный расчет дозы инсулина, смена препарата, нарушена техника введения, интеркуррентные заболевания (травма, беременность, инфаркт миокарда, инсульт ТЭЛА, диуретики, кортикостероиды)	Передозировка инсулина или пероральных сахароснижающих препаратов
Начало	Постепенно и медленно (сутки)	Острое
Сознание	Сохранено, ориентируется во времени и пространстве, но с задержками, сонливость	Отсутствует
Поведение	Пассивное	Вначале возбужденное
Речь	Монотонная, невнятная	
Кожа	Сухая, холодная, бледная	Влажная
Тургор кожи	Снижен	Нормальный
Зрачки	Расширены	Расширены
Язык	Малиновый с отпечатками зубов	Обложен налетом
Пульс	Мягкий и частый	Напряженный и частый
АД	Снижено	Вначале повышено, затем снижается, изменения со стороны сердечно-сосудистой системы
Жалобы	Звон в ушах, тошнота, рвота, жажда, ухудшение зрения, одышка, полиурия	нет
Дыхание	Куссмауля	Нормальное
Опасность	Судорожный синдром (потеря Na+ K+ Mg+)	Инсульт, инфаркт, кровоизлияние в сетчатку
Запах в воздухе	Ацетона	Неспецифичен

Пвр и МС должны профессионально ориентироваться в вопросах диагностики осложнений СД 2 типа для своевременной компенсации состояния.

Начиная осмотр, Пвр и МС необходимо определение индекса массы тела, влияющего на тактику наблюдения за пациентом с эндокринной патологией. Массу тела в стационаре определяют при помощи медицинских весов (в домашних условиях с помощью напольных весов) в одних и тех же условиях: утром, натощак, после

опорожнения кишечника и мочевого пузыря, пациент должен быть в одном и том же легком белье. Измерение проводится по определенному алгоритму. Чтобы охарактеризовать свой вес наиболее точно, следует рассчитать так называемый индекс массы тела (ИМТ). Его вычисляют таким образом.

Индекс массы тела = вес (в кг) разделить на рост (в метрах) и еще раз разделить на рост (в метрах).

Полученный индекс массы тела сравните с таблицей ниже, где напротив значений индекса массы тела приведена их оценка.

Например, мужчина ростом 170 см и весом 90 кг ($ИМТ = 90 : 1,7 : 1,7 = 31,1$) имеет индекс массы тела 31,1, что сразу позволяет поставить ему диагноз «ожирение» и посоветовать изменить диету и расширить физическую активность (см. ниже).

Трактовка индивидуального индекса массы тела

Менее 18,5 Недостаточная масса тела

18,6 – 24,9 Нормальная масса тела

3.25 – 29,9 Избыточная масса тела

4.30 – 39,9 Ожирение

5.40 и более Резко выраженное ожирение.

В процессе динамического наблюдения, Пвр и МС должны быть внимательными к разнообразным проявлениям нарушения уровня содержания глюкозы у пациента.

Клиническими признаками высокой гипергликемии являются полидипсия, полиурия и сухость во рту. Пациенты, которые не проводят самоконтроль гликемии, часто говорят: «Если у меня высокий сахар, то я ощущаю сухость во рту». Такое «определение гликемии» по ощущениям пациента недопустимо и, несомненно, приведет к быстрому развитию хронических осложнений СД.

Критерии компенсации углеводного обмена при СД 2 типа

Для большинства пациентов с СД 2 типа целевой уровень HbA1c составляет <7,0%. У пациентов моложе 45 лет с длительностью заболевания до 6 лет, получающих метформин и/или ингибиторы дипептилпептидазы-4 (ситаглиптин, вилдаглиптин, линаглиптин), целевой уровень HbA1c может быть 6,5% и менее, так как риск гипогликемии в этом случае практически отсутствует. У пожилых пациентов с тяжелыми хроническими заболеваниями или осложнениями диабета допускается уровень HbA1c до 8,5%. Определять уровень HbA1c необходимо каждые 3 месяца на этапе подбора дозы антигипергликемических лекарственных средств (ЛС), а затем каждые 6-12 месяцев.

Целевые уровни глюкозы крови:

- натощак и перед основными приемами пищи 4,0 – 7,2 ммоль/л;

- через 2 часа после еды <10 ммоль/л.

Частота определения гликемии в домашних условиях зависит от вида глюкозоснижающей терапии.

Минимальная рекомендуемая **кратность** определения уровня гликемии:

- на диетотерапии и приеме метформина: 1 раз в неделю в разное время суток;

- на пероральной глюкозоснижающей терапии (кроме метформина) и/или базальном инсулине: 1 раз в сутки в разное время;

- на интенсифицированной инсулинотерапии: не менее 4 раз ежедневно.

Примечание: определение глюкозы ночью показано только в случае подозрения на ночные гипогликемии, которые проявляются кошмарными сновидениями, сильной потливостью или в случае высокой гликемии утром натощак, не смотря на повышение дозы инсулина длительного действия на ночь, в результате развития т.н. пост гипогликемической гипергликемии.

При декомпенсации СД 2 достаточно определять только значения глюкозы перед приемами пищи, т.к. уровни гликемии после еды будут заведомо высокие.

Глюкозоснижающее действие анти гипергликемических лекарственных средств (ЛС) в полной мере проявляется через две недели после назначения препарата или изменения дозы. Таким образом, решение об адекватности назначенной дозы ЛС по данным дневника самоконтроля принимается не ранее, через 2—3 недели от даты назначения препарата.

Показанием для начала инсулинотерапии при СД 2 типа является уровень HbA1c >10,0% на фоне приема максимальных доз двух или трех пероральных глюкозоснижающих ЛС в течение как минимум трех месяцев.

Некоторые пациенты не согласны измерять глюкозу так часто, как рекомендуется. При этом определение глюкозы даже 1 раз в 2—4 недели имеет большое значение. В случае постоянно высокого уровня гликемии при каждом таком редком измерении необходимо определить уровень HbA1c и принять решение о повышении дозы глюкозоснижающих ЛС.

Дневник пациента по самоконтролю уровня глюкозы

Желательно, чтобы на первой странице лечащий врач (Пвр) записал ЛС, которые необходимо принимать пациенту и режим их дозирования, т.к. пациенты на приеме не у своего участкового врача иногда не могут назвать получаемые ими антигипергликемические ЛС. Кроме этого, необходимо указывать последнее значение HbA1c и дату его определения.

Дневник, полностью отражающий все точки определения глюкозы

ФИО пациента _____

Медикаментозная терапия: _____

Уровень HbA1c	Дата определения HbA1c

Дата	Глюкоза до завтрака	Глюкоза через 2 ч. после завтрака	Глюкоза до обеда	Глюкоза через 2 ч. после обеда	Глюкоза до ужина	Глюкоза через 2 ч. после ужина	Глюкоза перед сном	Глюкоза ночью

Особые жизненные ситуации (чрезмерная физическая активность, стресс, алкоголь и т.п.)

Дата, время	Описание

Примеры использования дневника самоконтроля глюкозы в клинической практике

1. Впервые выявленный СД. HbA1c = 6,9%. pСКФ= 68 мл/мин /1.73м2. Пациент в течение 12 недель получает Метформин (1000 мг с завтраком и 1000 мг с ужином)

Дата	Глюкоза до завтрака	Глюкоза до обеда	Глюкоза до ужина
Целевые уровни глюкозы	< 7,2	< 7,2	< 7,2
17.11	7,1	6,3	
19.11	8,6		5,4
21.11		6,7	6,9
23.11	5,9	5,9	8,8

В данном случае большинство уровней гликемии находится в целевом диапазоне. Изменения глюкозоснижающей терапии не требуется. Это подтверждает и целевой уровень HbA1c.

2. Впервые выявленный СД. HbA1c = 9%. pСКФ= 77 мл/мин /1.73м2. В течение 4 недель получает Метформин (1000 мг с завтраком и 1000 мг с ужином)

Дата	Глюкоза до завтрака	Глюкоза до обеда	Глюкоза до ужина
Целевые уровни глюкозы	< 7,2	< 7,2	< 7,2
17.11	7,1	9,3	
19.11	12,6		9,4
21.11		8,7	6,9
23.11	10,4	9,9	10,8

Большинство уровней гликемии находится выше целевого диапазона. Рекомендовано усиление глюкозоснижающей терапии.

3. Длительно текущий диабет. HbA1c = 8,2 %. pСКФ= 75 мл/мин /1.73м2. В течение последних 6-ти месяцев пациент получает Метформин (1000 мг с завтраком и 1000 мг с ужином) и гликлазид МВ 60 мг утром.

Дата	Глюкоза до завтрака	Глюкоза через 2 ч. после завтрака	Глюкоза до обеда	Глюкоза через 2 ч. после обеда	Глюкоза до ужина	Глюкоза через 2 ч. после ужина
Целевые уровни глюкозы	< 7,2	< 10,0	< 7,2	< 10,0	< 7,2	< 10,0
17.11	8,1	13,4			6,3	
19.11		8,9				
22.11	9,6	11,4	6,4	11,1	5,4	11,9
25.11	6,8		9,7	12,3		13,1
27.11	7,4			12,0	7,8	11,3

Большинство уровней гликемии находится выше целевого диапазона. Рекомендовано усиление глюкозоснижающей терапии и снижение потребления углеводов (т.к. практически все показатели гликемии после еды повышены).

Особенности контроля уровня компенсации СД 2 у пациента МС и Пвр

- навыки педагогического воздействия на грамотность пациента в факторах профилактики осложнений (масса тела, индекс массы тела, адаптивная физическая культура, отказ от вредных привычек и контроль гликемии);
- умение объяснять значение показателей компенсации болезни за 2-3 мес. по уровню гликированного гемоглобина;
- знание клинических признаков гипо- и гипергликемии и умение осуществлять дифференциальную диагностику этих состояний;

- умение объяснить пациенту значение и кратность контроля показателей компенсации заболевания для его дальнейшего образа жизни;
- ориентировать пациента на начало инсулинотерапии СД 2 типа по показателям гликированного гемоглобина (HbA1c).

Резюме. Ожидаемые к утверждению новые клинические протоколы по диагностике и лечению эндокринных заболеваний в форме проекта для широкого обсуждения размещен на официальном сайте ГУ «Республиканский сайт медицинской реабилитации и бальнеолечения». Глава 1 протоколов называется «Диагностика и лечение пациентов с сахарным диабетом (взрослое население)» содержит полезную информацию для врачей общей практики, Пвр, эндокринологов, в том числе, по критериям компенсации углеводного обмена.

По полу и возрасту население на участке ВОП имеет значительные различия, накладывающие отпечаток на особые знания Пвр и МС в области той или иной группы населения, актуализированные пандемией.

Преобладание молодого населения вызывает потребность в особых акушерских знаниях, притом, что в составе мультидисциплинарной команды ВОП должность акушерки не предусмотрена, а взаимодействие с молодежью детородного возраста входит в должностные обязанности Пвр и МС.

Предлагаемый раздел не претендует на полноту изложения, но способствует расширению общего кругозора работников со средним медицинским образованием на участке ВОП с учетом эпидемиологической ситуации, увеличившей роль и нагрузку Пвр, МС и акушерок.

Профессия акушерки в Республике Беларусь: актуальные вопросы образования и новые возможности в процессе пандемии

Актуальные вопросы в работе акушерок являются предметом постоянного внимания государства [21,29,36,37,47,70,71; эл.рес.10,11]. Успешно выполненные «Национальные программы демографической безопасности Республики Беларусь» на 2007-2010 и 2011-2015 годы, продолжающая целевое развитие государственная программа «Здоровье народа и демографическая безопасность Республики Беларусь» на 2016-2020 годы и аналогичная программа на 2021-2025 годы [36,71] определяют пути стабилизации демографической ситуации, немаловажная роль в этом процессе принадлежит акушеркам. Основные направления деятельности государства включают мероприятия по укреплению семьи, охране здоровья матери и стимулированию рождаемости, формированию здорового образа жизни и воспитанию полового и репродуктивного поведения подростков, осуществлять которые предстоит семье, школе, образованию, но в первую очередь после семьи медицинским работникам [33,71,74; эл.рес.7-11].

Действующая стратегия «Активное долголетие – 2030» в Республике Беларуси предполагает обеспечение устойчивого повышения качества жизни и эффективности государственного управления. Данные статистики свидетельствуют о том, что средние медицинские работники составляют в Республике Беларусь 65% от всех специалистов, их укомплектованность – 98,5%. Показатель обеспеченности МС (2019) составляет 93,5 на 10 тыс. населения, Пвр – 124,0, акушерками – 93,0 при соотношении численности врач: МС 1:2,34.

Анализ Глобальной стратегии направлений по укреплению сестринского и акушерского дела в мире на 2021-2025 гг., представленный Фондом Организации Объединенных Наций в области народонаселения и Международной конфедерацией акушерок в докладе «Состояние акушерского дела в мире» (2021) [71], служит важнейшим инструментом для улучшения женского и детского здоровья в мире [71,76].

Новые технологии работы, цифровизация в здравоохранении, возросший уровень медицинской информации из недостоверных информационных источников подтверждает актуальность расширения спектра знаний средних медицинских работников для профессионально достоверного привлечения молодежи к реализации задач по увеличению

рождаемости и полезному для сохранения репродуктивного здоровья сексуальному поведению.

Основные доклады и резолюции ВОЗ по сестринскому и акушерскому делу 2020-2021 гг., кампания «Сестринское дело сегодня» в 2019-2021 гг. способствуют тому, чтобы осмыслить направление совершенствования деятельности акушерок, как важных участников-партнеров семьи в решении демографических проблем общества [22,35,62; эл.рес.12]. Стимулом для большего внимания к деятельности акушерок в Республике Беларусь стала информация о том, что 2018–2027 гг. в Российской Федерации объявлены Десятилетием детства, способствующем поддержанию интереса к матери и ребенку, изучению опыта.

Анализ состояния акушерского дела в мире [71] акцентируется на следующих фактах:

- *дефицит акушерских кадров в мире составляет 900 тыс. человек и наиболее остро ощущается в странах с низким уровнем дохода, особенно в Африке;

- *каждый день, согласно оценкам, 810 женщин умирают в результате осложнений, связанных с беременностью и родами;

- *каждые 16 секунд рождается мертвый ребенок, ежегодно в мире происходит 2,4 миллиона случаев смерти новорожденных;

- *почти каждая пятая женщина рождает в отсутствие квалифицированного родовспоможения.

Эксперты считают, что к 2035 г. полноценное предоставление акушерской помощи в мире позволило бы снизить смертность среди новорожденных на 64%, а среди матерей – на 65%, что ежегодно можно было бы спасти 4,3 миллиона жизней.

В докладе внесено предложение о необходимости в кратчайшие сроки направить ресурсы на четыре направления развития акушерского дела:

- 1) Уделять пристальное внимание планированию, координации и регулированию кадровых ресурсов здравоохранения, а также условиям их труда. Это означает, что акушеркам должны быть предоставлены более широкие полномочия в составе бригад медицинской помощи и более благоприятные условия труда при отсутствии гендерно обусловленной стигматизации, насилия и дискриминации. Полноценное включение акушерок в состав этих бригад может также способствовать повышению доступности услуг здравоохранения, в том числе для наиболее уязвимых групп населения.

- 2) Рекомендовать выделение финансирования на развитие качественного образования и профессиональной подготовки акушерок, с этой целью необходимо обеспечить справедливое распределение преподавателей и инструкторов, а также выделить достаточные ресурсы учреждениям профессионального образования и подготовки.

- 3) Поощрять инициативу самих акушерок по повышению качества услуг, в частности, по созданию моделей помощи при ведущей роли акушерского персонала.

- 4) Развивать лидерство и стратегическое управление, обеспечиваемое руководящими кадрами, отвечающими за вопросы акушерства, в государственных органах, научной и образовательной сферах [19-22,33].

О значимости *эффективности* таких капиталовложений свидетельствует факт, что если к 2035 г. системы акушерской помощи будут обеспечены всеми необходимыми ресурсами, это позволит ежегодно спасать 4,3 миллиона жизней. Капиталовложения в развитие акушерства будут способствовать укреплению здоровья и благополучия женщин, подростков и новорожденных, стимулировать активность участия женщин в трудовой деятельности, расширять права и возможности женщин к гендерному равенству.

Значение подобного анализа ВОЗ, ООН, Международного совета МС и Международной конфедерации акушерок в том, что фактические данные из докладов ВОЗ напрямую учитывались при разработке «Глобальных стратегических направлений укрепления сестринского и акушерского дела» [56,57,71,76]. Такой подход определяет

научно обоснованные приоритеты политики, позволяющие странам в максимальной мере задействовать потенциал акушерок и МС, обеспечить полноценное участие этих категорий медицинских работников в достижении всеобщего охвата услугами здравоохранения и Целей в области устойчивого развития.

В ходе 74-й сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения, у государств-членов была возможность принять резолюцию о стратегических направлениях укрепления сестринского и акушерского дела на 2021-2025 гг. За последние десять лет это не первая резолюция, посвященная международными организациями сестринскому и акушерскому делу [22]. В Международный год МС и акушерок резолюция ВОЗ она привлекла внимание к среднему медицинскому персоналу и указала на то, что вложение ресурсов в развитие акушерских кадров является как никогда своевременным [76].

Структура акушерско-гинекологической помощи в Беларуси начала складываться с 1797 г. введением губернской государственной должности – повивальной бабки [20].

Открытие в 1801 г. повивального института при Московском университете, ставшего местом академического акушерского образования, повлияло на создание в 1876 г. в г. Гродно первой повивальной школы. В 1872-1875 гг. в г. Витебске при больнице Приказа общественного призрения стала работать фельдшерская школа. Первая Могилевская центральная повивальная школа была открыта в 1901 г. директором С.А. Липинским. Последующее совершенствование помощи матерям и детям в конце XIX – начале XXI вв. привело к современному состоянию перинатальной многоуровневой системы, что вывело страну на передовые позиции по решению демографических проблем, полностью удовлетворив доступность, качество акушерско-гинекологической помощи и образования специалистов. Основоположником I кафедры акушерства и гинекологии при БГУ и бессменным руководителем в течение 27 лет был М.Л. Выдрин, его дело в БССР поддержано именами знаменитых ученых.

Уровень обеспечения в Республике Беларусь всеобщего доступа к медицинским услугам по охране репродуктивного здоровья превышает необходимый порог 90% на 5%, благодаря чему страна входит в 50 лучших государств мира по ведению беременности (ВОЗ, 2015). Это свидетельствует о высоком уровне эффективности демографической политики в стране, но не отменяет проблемы, в решении которых задействована система здравоохранения и медицинские работники.

Последовательная политика в области медицинского образования обусловлена преемственностью с принципами, используемыми в развитии глобальных стратегических целей по сестринскому делу в мире.

Принципы в развитии глобальных стратегических целей по сестринскому и акушерскому делу в Республике Беларусь:

- ✓ партнерство и взаимодействие с различными ведомствами и учреждениями;
- ✓ уместность обучения главных МС (акушерок) по различным направлениям оказания помощи с акцентом на актуальность для системы здравоохранения;
- ✓ соблюдение права собственности для отсутствия конкуренции государственных и частных организаций здравоохранения;
- ✓ действия в соответствии с этическими нормами (беспристрастности, честности, справедливости, уважения к полу, соблюдению прав человека);
- ✓ научный подход и доказательная практика посредством внедрения новых образовательных программ ПК для сестринских руководителей, введения бакалавриата (прикладного и академического) и магистратуры по специальности «Сестринское дело» с профилизацией специальностей.

Основные проблемы, касающиеся совершенствования функций акушерок и МС на участке ВОП

Рождаемость. По данным Национального статистического комитета (Белстат), в Беларуси в 2018 г. родилось 94,042 тыс. человек, что является минимальным показателем с 2005 г.

По данным статистики ожидалось обновление указанного «антирекорда», количество родившихся в I полугодии 2019 г. уменьшилось (по сравнению с аналогичным периодом предыдущего года) на 4,171 тыс. человек (или на 8,9%) до 42,572 тыс. человек. Если такая скорость падения рождаемости сохранится, то гипотетически через 11 лет новые люди в Беларуси перестанут рождаться. В случае, если в дальнейшем в Беларуси родится меньше 88,5 тыс. человек, то будет обновлен минимальный показатель рождаемости, как минимум, с 1950 г.

Справка для сравнения. В БССР в 1940 г. родилось 243 387 тыс. человек, в 1950 г. – 197 164 тыс. младенцев, в 1960 г. появилось на свет 200 218 тыс. детей, в 1985 г. – 165 034 тыс. человек, в Республике Беларусь в 1990 г. родилось 142 167 тыс. детей.

В 2000 г. родилось 93 691 тыс. человек, а в 2015 г. – 119 028 тыс. новорожденных, тем ценнее акушерская индивидуализированная помощь подросткам и молодежи в области мотивации к деторождению.

Отсроченное рождение детей. Увеличение среднего возраста матери при рождении ребенка: в 2019 г. он возрос до 29,4 лет против 25,6 лет в 2000 г., в 1990 г. он составлял 25,3 лет. Средний возраст матери, в том числе, при рождении первого ребенка в 2019 г. повысился до 26,7 лет – против 23,3 лет в 2000 г. и 22,9 лет в 1990 г.

Необходима законодательная поддержка в популяризации рождения первого ребенка в возрасте до 30 лет, формирование научного обоснованного мнения об оптимальном возрасте родительства в коллективах учащихся и студентов, в чем могут принимать участие как врачи, так и акушерки.

Нездоровое родительство. *Справка для сравнения.* Статистика рождений от нездоровых родителей (2018 г.) свидетельствует, что из числа женщин, закончивших беременность, 27,1% страдали инфекциями мочеполовых путей при беременности, 23% – анемией, 6,2% – болезнями системы кровообращения, 4,4% – венозными осложнениями, 4,1% – отеками, протеинурией и гипертензивными расстройствами, 1,5% – сахарным диабетом. На этом фоне в Республике Беларусь в 2018 г. 20,8% новорожденных заболело, из них 2,6% детей родилось с врожденными аномалиями, 2,2% – имело родовые травмы, из общего числа новорожденных 4,4% родились недоношенными. Достижения в области генетики и перинатальной диагностики существенно снизили риск появления на свет заведомо тяжелобольных и нежизнеспособных детей.

Суммарный коэффициент рождаемости в стране в 2018 г. снизился до 1,448 против 1,913 в 1990 г. и 2,764 в 1958-1959 гг., при этом суммарный коэффициент выше 4,0 считается высоким, меньше 2,15 – низким. Для преодоления проблем невысокой рождаемости все здоровые молодые люди могли бы родить по два ребенка для простого воспроизводства поколений, а для расширенного – по три, но ответственному подходу к рождению детей мешают отдельные проблемы.

Правовые аспекты современного родительства. Этическая проблема о применении новых технологий зачатия ограничена во Всеобщей декларации о геноме человека и правах человека (1997), где в ст.11. отмечено, что клонирование противоречит человеческому достоинству, а 30 странами мира введен запрет на это (Беларусь, Франция, Англия, США, Япония, Грузия, Латвия и др.). Внедрение технологии экстракорпорального оплодотворения не должно считаться панацеей, а только средством выбора. Этот тезис акушеркам необходимо использовать в ходе бесед с молодыми женщинами и мужчинами детородного возраста, а также владеть статистикой изменения актуальности 15 ведущих причин смертности в мире в период 1990-2019 гг. (болезнь или травма). В целях борьбы со страхом беременности и деторождения следует знать, что состояния, возникающие в перинатальном периоде, снизились с 3 до 11 места значимости; врожденные аномалии с 10 места снизились до 13.

На большой пресс-конференции 23.12.2021 г. президент Российской Федерации В.В. Путин высказал мнение о методах воспитания у молодежи приверженности семье: «Отцовство и материнство выше материальных благ, но это нужно не навязывать, а

показывать».

Проблемы деградации семейных ценностей в определенной мере способствовали тому, что на современном этапе Республика Беларусь столкнулась с демографическим кризисом, свидетельством которого являются такие тенденции, как спад рождаемости, ухудшение показателей брачности и разводимости, высокая смертность мужчин, старение населения и др.

В деятельности ВОП присутствует раздел о взаимодействии с работниками женских консультаций в части предупреждения социального сиротства [24]. Это накладывает особую профессиональную и нравственную ответственность за своевременную диагностику рисков для будущего ребенка, взаимодействие на участке ВОП с женской консультацией на акушерок, МС и Пвр.

Навязывание в конце XX в. нравственно сомнительных ценностей сексуального поведения в Европе привело к появлению молодежной субкультуры чайлдфри (англ. *childfree* — свободный от детей, бездетный; *childress by choice* — добровольная бездетность) — отсутствие детей и сознательное нежелание их иметь. Число приверженцев составляет примерно 5-30% в зависимости от страны, имея региональные отличия. Термин, связанный с географией брачности — линия Хаджнала, ее условно проводят по Европе: от Финляндии до итальянского Триеста через Санкт-Петербург. К востоку от этой линии обязательный брак и дети считались нормой, на западе мужчины и женщины вступали в брак позже: считалось, что сначала нужно обеспечить достойное имущественное положение. Те, кто был беден, отказывались от брака, что снижало рождаемость. В настоящее время чайлдфри в Европе есть везде.

Бездетных людей условно разделяют на три группы:

- на тех, у кого не было постоянного партнера, а растить детей в одиночестве они не согласны;
- на людей, которые не могут иметь детей по связанным со здоровьем причинам;
- на пациентов, у которых был или есть половой партнер, но они никогда не пытались завести детей.

Согласно классификация по Д. Нил и Х. Джоши (2000) выделяют два типа чайлдфри: «волнообразные отказники» и «постоянные откладыватели».

В классификации по Д. Виверс присутствуют два типа чайлдфри: реджекторы, испытывающие отвращение к беременности, грудному вскармливанию, маленьким детям и аффеక్షонадо - лица, которых привлекает бездетность. Не испытывая отвращения к детям, им не хочется за ними ухаживать, заниматься их образованием, отпускать во взрослую жизнь, ничего не получая в качестве вознаграждения. Существует концепция В. Лутца, называемая ловушкой низкой фертильности, суть которой в том, что чем меньше детей в окружении людей, тем меньше их будет рождаться и в дальнейшем.

Акушерки, Пвр и МС ориентируются в распространенных причинах нежелания рожать детей у чайлдфри:

Свобода. Рождение ребенка накладывает определенные обязанности, выполнение которых будет осуществляться до совершеннолетия, а иногда и дольше.

Ответственность, к которой готов не каждый. Если человек не готов и не уверен, то рожать детей не стоит, это может стать непосильной ношей.

Деньги, поскольку содержание младенцев обходится довольно дорого. У кого-то недостаточно средств, а кто-то любит жить с комфортом больше, чем детей.

Карьера. Ухаживать за новорожденным в большей степени приходится женщинам, а потому именно они находятся в декретном отпуске, хотя в настоящее время государство предоставляет семье право выбора. Мешает стать родителем и то, что при устройстве на работу всегда спрашивают, когда женщина собирается в декрет, за вторым, да и вообще кто будет ухаживать за больным ребенком. Это может стать препятствием для учебы или

карьеры, однако, есть и женщины, способные справиться со всеми трудностями материнства.

Отсутствие карьеры. Для рождения детей требуется стабильный доход, желательно, если он будет расти, ведь расходы возрастут. Если у человека нет ребенка, то ему не обязательно искать стабильную работу, он может позволить себе подработки или небольшие заработки.

Особые трудности в воспитании со сложностями преодоления переходных периодов в развитии ребенка. Психологические проблемы могут нарушать сон и взаимоотношения в семье.

Страхи: беременность, роды, изменение статуса, проблемы с деньгами, генофонд.

Сленг. В современной молодежной речи активно используются слова «язмать», «личинка», «овуляшка», способные оскорбить чувства человека.

Ярлыки. Чайлдфри считают, что все, у кого есть дети, страдают от дефицита финансов и досуга. Если близкий человек или знакомый пациент не хочет иметь детей, это его личное право, нужно принять это как данность.

МС и Пвр, акушерки могут по незнанию совершить обидное или оскорбительное для чайлдфри высказывание:

- Дети — это счастье, но понять это могут те, у кого есть ребенок. Родители не поймут, как можно не захотеть рожать, в то время как чайлдфри не понимают, зачем это нужно. Счастье не в количестве детей, у каждого свое представление о мире и о том, что делает счастливым одного, но может сделать несчастным другого.
- Потом пожалеешь. Прогноз жизни человека без детей медицинского работника не должно волновать, поскольку все имеют право на личный выбор.
- А кто продолжит твой род? Чайлдфри совершенно неважно, кто будет это делать, да и какая разница для окружающих?
- Родишь — полюбишь - в корне неверная позиция. Терпеть всю жизнь и ненавидеть или отказаться и отправить в детский дом? Обе ситуации одинаково страшны, а потому акушеркам стоит задуматься, прежде чем давать советы.
- Мы вырем как мамонты. Это неверное утверждение, поскольку наблюдается неравномерное перенаселение планеты.
- Дети — это естественно, но не обязательно. Агитация рождения детей, которые не планируются, сродни ненависти к детям. В мире достаточно много сирот, неблагополучных семей, зачем способствовать росту их рядов.
- Все чайлдфри идиоты. С одной стороны, хорошо, что они не рожают, тогда дурные гены не будут распространяться на другие поколения.
- А кто поможет в старости? Вопрос неоднозначный. Разве дети всем старикам помогают? Сегодня можно нанять сиделку, существуют социальные службы, друзей никто не отменял. Противопоставить подобной идеологии в отношении деторождения могут только примеры счастливого родительства, усилия образования, здравоохранения, культуры, искусства, СМИ. С позиции государства «семья — то место, где нация находит надежду, а крылья — мечту» (Д.У. Буш).

Проблемы современного акушерства: невынашивание беременности; поздние токсикозы беременных; фетоплацентарная недостаточность, обусловленная малыми промежутками между очередными родами; кровотечения; аномалии родовой деятельности. Зависимые от навыков акушерки родовой травматизм матери и плода (6-20%); послеродовые инфекционные заболевания (септические заболевания у 4-6%). Современные технологии ведения пациентов, желающих иметь детей, эффективны благодаря вкладу всех.

Актуальными проблемами, требующими решения, являются обновление функций акушерок, а также Пвр и МС на участке ВОП:

- при осуществлении скрининговых программ по выявлению заболеваний репродуктивных органов возрастает роль средних медицинских работников, которые

позволят изменить ситуацию с поздним выявлением рака репродуктивных органов. В середине XX в. 42% онкологической патологии у женщин выявлялось на III-IV стадии заболевания, скрининги доказали необходимость именно профилактики, следовательно, необходимо обучение этой технологии с использованием симуляторов [18,23,68,80];

- обучение женщин приемам самообследования молочных желез — один из наиболее ответственных разделов работы акушерок и МС, а также образовательная, разъяснительная, профилактическая, лечебная работа по поддержке подготовленных родов и грудного вскармливания [25 эл.рес.7];

- профилактика аборт и заболеваний, передаваемых половым путем (ЗППП), в значительной мере, опираются на уровень общей культуры населения, успешность и доказательность разъяснительной работы и приверженности населения к сохранению и укреплению здоровья [эл.рес.8].

Борьба с абортами

Для понимания безнравственности уничтожения не рожденных младенцев в утробе матери недостаточно примеров классической литературы XVIII-XX века и знакомства с духовной литературой (прил.14). В ходе сотрудничества систем здравоохранения, образования и Белорусской Церкви в форме Свято-Пантелеимоновских чтений и др. осуществляется формирование неприятия молодежью такой формы разрешенного убийства, как аборт.

Справка для сравнения. Данные ООН в мире в 2019 г.: 44% всех зачатий — аборт, из которых 25,3% осуществляются в небезопасных условиях; 7 млн. (7,1%) женщин получают травмы и бесплодие; 22 тыс. женщин (0,02%) умирают после аборта.

Контрацепция приводит к снижению частоты аборт, способствуя сохранению здоровья женщины, а при последующем наступлении беременности — уменьшению частоты не вынашивания и других акушерских осложнений. Использование контрацепции позволяет выбрать оптимальный промежуток между рождением детей. Эффективность медицинской пропаганды по применению методов контрацепции как средства борьбы с абортами: в 2000 г. — на 100 родов приходилось 129 аборт, а в 2018 г. — на 100 родов — 25 аборт, т.е. снижение аборт почти в 5 раз (ВОЗ). Подразделение методов контрацепции на биологические (календарные); барьерные; внутриматочные; гормональные; хирургические (стерилизация) предполагают равнозначный вклад акушерок в просвещение женщин и мужчин с учетом уровня квалификации и должностных обязанностей. Преабортное консультирование и динамика снижения аборт в Республике Беларусь оказались успешным направлением профилактической деятельности. Ужесточение показаний на производство аборта внесло лепту в борьбу за права не рожденных детей. Исходя из статистики 2008 г. и 2018 г. число аборт на 100 родов в Республике Беларусь сократилось в 1,6 раза, до 15-29 % женщин сохраняют беременность после преабортного консультирования, являющегося одним из свидетельств мобилизации силы женщины и ресурсов государства на сохранение жизни не рожденных детей.

Общение акушерки с родильницей, планирующей отказ от ребенка

То, что рожденное дитя должно быть желанным и любимым — аксиома для современных родителей, но не для всех потенциальных семей. В процессе профессиональной деятельности акушеркам и Пвр на участке ВОП приходится осуществлять помощь в решении психозомоциональных проблем родильниц, планирующих отказ от ребенка [эл.рес.10,11].

Моральные и демографические последствия легализации аборт 18 ноября 1929 г. в СССР и мировых тенденций в настоящем обязывает человечество искать перспективы защиты жизни человека не только до рождения, но и после него. Нравственная незрелость биологической матери может стать источником проблем в будущей жизни младенца, поэтому поддержка женщины в непростой жизненной ситуации может стать предметом внимания и заботы акушерки и врача [эл.рес.10,11].

Пробуждение материнских чувств будущей женщины проходит осью воспитания девочек в семье. Известным примером отношения к традиционным ценностям служит семья последнего российского царя Николая II и его жены. Дневниковые записи последней российской царицы А.Ф. Романовой во многом посвящены семье: «Нет ничего сильнее того чувства, которое приходит к нам, когда мы держим на руках свои детей. Их беспомощность затрагивает в наших сердцах благородные струны. Для нас их невинность – очищающая сила. Когда в доме новорожденный, брак как бы рождается заново. Ребенок сближает семейную пару так, как никогда прежде... На их руки возложена святая ноша, бессмертная жизнь, которую им надо сохранять, и это заставляет их задуматься...» (А.Ф. Романова) [20].

Внимание общества к проблемам семьи непреходяще, люди, стоящие у истоков зарождающейся жизни пользуются особым уважением. На плечи акушеров и врачей ложится груз разрешения ситуации, когда родильницей планируется отказ от новорожденного ребенка, в этом случае важна не только социальная поддержка государства, но и общественных организаций, привлечение которых к помощи в сложной жизненной ситуации возрастает.

Исходя из понятий биомедицинской этики (БМЭ) (Поттер В.Р., 1971) как дисциплины, соединяющей биологические знания и понимание системы человеческих ценностей, спустя время в 1994 г. на международном симпозиуме в г. Эриче был принят документ Эриче, согласно которому на БМЭ возложено изучение следующих проблем:

- 1) этических проблем медицинской профессии;
- 2) социальных проблем, связанных с политикой в области здравоохранения, планирования семьи, проблем демографического контроля, трудовой медицины;
- 3) этических проблем, возникающих в области исследований на человеке, включая непосредственно не связанных с терапией;
- 4) проблем вмешательства человека в жизненные процессы других живых существ (растений, микроорганизмов, животных) и всего, что относится к поддержанию экологического равновесия в природе.

Трансформация модели взаимодействия медицинского работника с пациентом привела к модели, называемой партнерской, в которой врач (МС) и пациент равны. Несмотря на высокий уровень профессиональных знаний, навыков медицинских работников, пациент больше знает о себе, что обуславливает зависимость друг от друга. Акушерка (МС) открыто делится знаниями, сомнениями, а пациенту не возбраняется высказывать мнение о ходе диагностики и лечения, подвергать сомнению действия Пвр, МС, комментировать их, что делает общение совместным процессом. Акушерка и женщина вместе принимают решение о том, как поступить лучше, основываясь на том, что авторитет медика, обладающего специфическими знаниями, сохраняется. Однако, согласиться с профессиональным медицинским мнением полностью или частично, доверять ему или нет – это основополагающее право пациента.

Медицинские работники родильных домов редко, но сталкиваются с проблемой отказа родителей от своих новорожденных [эл.рес.10,11].

Справка для сравнения. В 2018 г. на 17% уменьшилось число отказных младенцев: родители письменно отказались от 99 новорожденных детей. В 2017 г. было выявлено 119 таких малышей, а в 2002 г. в стране насчитывалось 525 отказных детей. Если сравнивать эти показатели с 2002 г., то число отказников сократилось на 80%. Второй показатель: подавляющее число детей-сирот и оставшихся без попечения родителей, выявленных в 2018 г. (81,3%), направлялись для дальнейшего воспитания в замещающие семьи. Таких семей в стране 10064, на начало 2019 г. в этих семьях воспитывались 14927-детей.

Анализ основных причин для отказа женщин от новорожденных детей выявляет:

- сложную материальную ситуацию;
- психологические проблемы;
- незрелое состояние родильницы;

- неблагополучные женщины, ведущие асоциальный образ жизни;
- тяжелые заболевания детей.

По статистике среди женщин, отказывающихся от ребенка, почти все имеют сложные отношения с собственными родителями [24]. Немало тех, кто отказался от новорожденного – выпускницы детского дома, которых самих когда-то поместили в учреждение, они в нем выросли, поэтому необычного в том, что они считают нормальным, не видят. У многих родители больны алкоголизмом и иными зависимостями или были опасны для детей. Многие женщины пострадали от партнеров, им не к кому обратиться за поддержкой, нет доверия к людям, нет сил стать мамой своему ребенку, заботиться о нем и защищать его, основанное на задержке темпов эмоционально-личностного развития.

Чаще всего причиной рождения нежеланного ребенка становится медицинская безграмотность, отсутствие знаний по контрацепции и должного сексуального воспитания. Иногда это следствие неверного воспитания девочек, которых специально держат в неведении, чтобы «не развращать», либо из слабости противостояния сексу без предохранения, на котором настаивает партнер, либо появления ребенка в результате изнасилования. Иногда ребенок желанный, но за время беременности партнер успевает передумать или просто исчезает, а женщина остается одна без поддержки в кризисном состоянии (несовершенство социальных и финансовых механизмов поддержки молодых мам, навязанная модель т.н. «гражданских» браков, стимулирующая безответственное поведение молодых людей). Более половины опрошенных врачей, которые по роду своей деятельности сталкиваются с женщинами, отказывающимися от своих детей, связывают угрозу отказа от новорожденных с низким социальным статусом беременной. По мнению большинства специалистов, определяющим фактором является возраст. Эксперты в 49% случаев сталкивались на практике со случаями отказов от детей несовершеннолетними роженицами, еще треть экспертов сталкивалась с угрозой отказа от новорожденного у женщин в возрасте от 18 до 21 года.

После получения сигнала о потенциальном отказе в течение нескольких часов к родильнице приходит психолог, который в ходе беседы с женщиной выясняет причины отказа, предлагает вместе рассмотреть разные варианты решения проблемы и принять взвешенное решение. Примерно в 50–60% случаев оказывается, что женщина на самом деле хочет оставить ребенка.

Немаловажную роль в деятельности акушерки (МС) имеет своевременная психологическая поддержка. Эмпатия во взаимодействии с беременной перед родами или с родильницей играет важную роль, позволяя в максимальной степени использовать имеющиеся ресурсы.

К сомневающимся родителям акушерка женской консультации (роддома) может подойти с профессиональным советом по уходу за младенцем, с адресами кризисных центров, где окажут всестороннюю материальную и психологическую помощь. Например, в Минске с 2012 г. действует Центр поддержки семьи и материнства «Матуля», руководитель Сердюк В.В., являющаяся одной из вдохновительниц принципа обязательного предабортного консультирования в женских консультациях.

Перед началом беседы акушерки получают добровольное согласие женщины обсуждать ситуацию. Выделяются три основных стандарта определения компетентности подобной беседы: способность принять решение, основанное на рациональных мотивах; способность прийти в результате решения к разумным целям; способность принимать решения вообще [эл.рес.10,11].

Приемлемым алгоритмом в действиях акушерки с родильницей, планирующей отказ от ребенка, является:

1. Сообщение об этом случае руководителю;
2. Проведение беседы о счастье быть матерью;
3. Практиковать более долгое прикладывание ребенка к груди матери;

4. Уметь слушать и входить в ситуацию, сделать попытку установления доверительных отношений с женщиной и выяснения, по возможности, причин предполагаемого или уже сделанного отказа;

5. Поддерживать родильницу во время разговора, не перебивать ее во время беседы;

6. Получить согласие матери на работу с ней других специалистов;

7. Привлекать вместе с врачом и юристом консультацию психотерапевта или иных высококвалифицированных специалистов [эл. рес.10,11];

8. Привлечение помощи от благотворительных женских и иных организаций, Белорусской Церкви, использование волонтерской помощи от БОКК с помощью краудсорсинга (краудфандинга) [17,54-56].

Важной составляющей работы Пвр, МС и акушерки является поиск в окружении женщины людей, способных оказать ей поддержку. Ими зачастую могут оказаться родственники, до этого не знавшие о рождении ребенка. На этапе пребывания в родильном доме должен составляться индивидуальный план работы врача и акушерки с каждой семьей.

Ко времени выписки из родильного дома в зависимости от конкретной ситуации женщины могут и должны действовать по-разному. Одни, почувствовав поддержку, обретают надежду и веру в свои силы и выписываются домой вместе с ребенком.

Социальное сиротство - неотъемлемый элемент человеческой цивилизации, следствие неверного отношения к институту семьи. В силу подобной недоработки общества дети лишаются родительского попечения, могут иметь загубленное будущее. Для предупреждения социального сиротства в стране делается много, помогают настоящим и будущим родителям некоммерческие организации, высоко значение акушерок как связующего звена.

Инфекции, передаваемые половым путем (ИППП), представляют угрозу фертильности населения, в связи с чем, их выявление — актуальный раздел деятельности МС и акушерок [71,74; эл.рес.10,11; прил.12].

Существенное снижение показателей заболеваемости по сифилису, обусловленное активной работой организаций здравоохранения по выявлению новых случаев, отмечается в 2018 г., когда отрицательный прирост в Республике Беларусь составил -22,6%. В 2019 г. 2,6% пациентов обратились за медицинской помощью самостоятельно. Такая низкая активность в предупреждении ИППП населения в большой степени способствует постепенному изменению течения сифилиса, протекающему в 2018 г. в скрытых формах без клинических проявлений у 88,1%. Вклад в борьбу с ИППП вносят акушерки смотровых кабинетов и женских консультаций, а также Пвр и МС на участке ВОП.

Справка для сравнения. Зарегистрированный показатель заболеваемости сифилисом (4,8 случая на 100 тысяч населения) (2018 г.) стремился к наименьшему исторически зарегистрированному на территории Республики Беларусь в послевоенный период показателю (1,2 случая в 1988 г.). В общей структуре заболеваемости ИППП сифилис сократился с 3,2% в 2010 г. до 2,3% в 2018 г. [10]. Важна роль акушерки в предупреждении распространения сифилиса посредством обследования контактных лиц. В 99% больные были выявлены среди половых контактов, что привносит особую ответственность в деятельность акушерки за установление возможно большего числа контактов пациента.

Активная профилактическая и просветительская деятельность медицинских работников среди молодежи привела к снижению удельного веса 18-19-летних пациентов с 3,7% (2010 г.) до 1,3% (2018 г.) [74].

Из всех случаев зарегистрированного сифилиса 25% были выявлены при лабораторном обследовании в стационарах всех профилей, 11,2% – комиссиями медосмотров, при обследовании доноров – 1,8%, при обследовании беременных – 6,2%. Врачами дермато-венерологами сифилис выявлен у 29% больных, акушерами-

гинекологами – у 9,2%, урологами – у 1,8% (2018 г.) [10].

Этические аспекты взаимодействия акушерок и МС важны для соблюдения прав пациента. Информированное согласие – это отсутствие принуждения как «выражения намеренной угрозы причинения вреда»; отсутствие «недолжного побуждения, т.е. предложения чрезмерной, лишенной гарантий, несоответствующей или неподходящей награды» [27,33,34,54,63,77].

Правила работы акушерки и МС с лицами с ограниченной автономией (незрелые личности, психически больные, пациенты с деменцией, испытывающие выраженную боль, социально уязвимые и др.) [эл.рес.7,10] рекомендуют:

- *учитывать риски физические, психологические (тревогу, стыд), социальные (стигматизацию) и экономические;

- *соблюдение конфиденциальности, что равнозначно термину «специальные персональные данные» в проекте Закона Республики Беларусь «О персональных данных».

Исходя из исследований по сестринскому делу в БелМАПО за 2001-2020 гг. основными направлениями совершенствования практической деятельности акушерок являются:

- *активизация профилактики посредством разделения функций в команде ВОП [23,25,29,31,43-46,48,49,51,61; прил.15], повышения грамотности не только медицинских работников, но и их работы с населением по приверженности к здоровью [74; эл.рес.1,7,8];

- *внедрение технологий по выявлению групп риска развития осложнений при заболеваниях, связанных с фертильностью и родами;

- *совершенствование стационарзамещающих технологий, развитие инициативы по обучению технологиям сестринского процесса согласно современным моделям ухода на дому»;

- *модернизация рабочего места акушерки, Пвр, ВОП, развитие информационных технологий в форме совещаний в on-line режиме;

- *укомплектование вакансий и мотивация деятельности медицинских работников.

Международное сотрудничество БелОМС с Европейским Форумом национальных сестринских и акушерских ассоциаций (EFNNMA) полезно для передачи опыта развития сестринского дела посредством:

- получения обучающих материалов и материалов научных исследований в области сестринского и акушерского дела;
- участия в обучающих программах.

Министерство здравоохранения Республики Беларусь в 2020 г. достойно оценила труд Пвр, МС и акушерок, отметив высокими наградами 23,5% из них.

Пандемия коронавирусной инфекции осложнила деятельность на участке ВОП медицинских работников, которые в краткие сроки должны изучить и грамотно использовать новые сведения об инфекции и давать советы беременным на участке вне их наблюдения в женской консультации. Особо актуальные рассмотрим ниже.

Особенности работы акушерок и Пвр в период пандемии коронавирусной инфекции

Анализ в научных исследованиях течения постковидного синдрома у беременных необходим для обеспечения высоких результатов качества медицинской и акушерско-гинекологической помощи, предотвращения преждевременной смертности женщин и детей, для совершенствования образовательного процесса и его практической направленности в системе подготовки МС, Пвр и акушерок [82-87; прил.11-12]. Исследованиями ученых мира наши знания об инфекции COVID-19 пополняются [9,21,41,50,63; прил.12,13,16].

Внимание практикующих врачей и исследователей привлекла особенность коронавирусной инфекции в периоде выздоровления, обозначенной британскими учеными (май 2020 г.) как «длительный COVID» (Long COVID) [82-87; прил.12]. Работа

акушерки женской консультации включает содействие в преодолении течения коронавирусной инфекции в виде постковидного синдрома. Основные различия хода пандемии по регионам представлены в табл.3.3.

Таблица 3.3

Ключевые показатели хода пандемии COVID-19 в странах СНГ и Европы по состоянию на 26.10.2021 г.

Государства	Заболевшие на 1 млн. человек	Умершие лица (%)	Выздоровевшие лица (%)
Беларусь	2140/	0,58/0,7	22,8/95,2
Россия	1220/	0,92/	13,4/
Украина	350	2,5	15,9
Казахстан	250	0,68	31,8
Латвия	470	1,9	51,5

В настоящее время практикующих медицинских работников беспокоит мало изученное состояние, возникающее у части переболевших после острой стадии заболевания. Посковидный синдром вносит серьезный вклад в смертность беременных от COVID-19, осложненный наличием коморбидных состояний. Ожирение и хронические болезни почек увеличивают риск смерти в 3 раза, СД 2 и кардиологические заболевания при сопутствующей артериальной гипертензии – в 2 раза, заболевания печени – в 1,5 раза. Все эти заболевания могут иметь место у беременных, что осложняет сопровождение подготовленных родов, в связи с чем, акушеркам необходимы актуальные сведения в системе дополнительного образования.

Что надо знать акушерке и МС о пандемии коронавирусной инфекции

По данным ВОЗ общее число заболевших в мире составило около 186 млн. человек, число умерших свыше 4 млн., дополняемое ежедневно по разным регионам мира [82-87; прил.12].

Позитивная информация. Динамика выздоровевших лиц на 26.10.2021 г. в Республике Беларусь составила 95,2%, в Российской Федерации – 86,8%, в Армении – 88,2%. Статистика по заболеванию COVID-19 в Республике Беларусь публикуется на официальном сайте Минздрава [10,71; прил.12].

Терминология по подходам к «постковидному синдрому» (ПКС) еще не общепринятая. Одно из определений британских ученых: «Длительный COVID – это состояние, при котором пораженные люди не выздоравливают в течение нескольких недель или месяцев после появления симптомов, указывающих на COVID-19, независимо от того, прошли ли они тестирование».

Другое определение ПКС учитывает 2 последовательные периода болезни с признаками и симптомами, развивающимися во время и после инфицирования (COVID-19). Они сохраняются длительно, не объясняются альтернативным диагнозом (для беременных – экстрагенитальной патологией).

Для клинической практики выделяют постострый COVID, когда симптомы продолжаются более 3 недель, но менее 12 недель; хронический COVID, когда симптомы продолжаются более 12 недель, а также ряд других (Fernandez-de-Las-Penas и др.). По мнению большинства исследователей из разных стран состояние беременности относят к группе умеренного риска по течению SARS-CoV-2.

По данным сравнительного обзора исследований учеными Оксфордского университета, проведенных в 18 странах мира, включая Россию, с участием 10 тыс. беременных и 128 тыс. небеременных женщин, установлено, что у первых риск смерти повышен почти в два раза, составляя чуть более 11%.

Проявления постковидного синдрома после перенесенной острой коронавирусной инфекции и его клинические признаки со стороны органов и систем многообразны. На рис.3 представлена связь симптомов при SARS-CoV-2 инфекции в трактовке (прил.12).

Традиционные расхождения между исследователями Европы и Америки в отсутствие общепринятой международной классификации позволяют пользоваться любыми, но европейские концепции нам ближе.



Рис.3. Связь симптомов при SARS-CoV-2 инфекции (по Доценко Э.А., Доценко М.Л., 2021)

Опасность заболевания в 3-м триместре беременности в том, что возрастает частота осложненных форм в группе с тяжелым течением инфекции. В этот период:

- повышается частота госпитализаций;
- возрастает необходимость респираторной поддержки на ИВЛ;
- наблюдается большая частота осложнений (стойкая фебрильная температура 38-39°, осложнения со стороны сердечной и дыхательной систем);
- полиорганная недостаточность;
- сведений о том, что болезнь матери на раннем сроке (до 12 недель) может нарушить развитие плода и привести к серьезным последствиям – нет. При тяжелом и крайне тяжелом течении коронавирусной инфекции вопрос о сохранении беременности решает консилиум врачей [63; прил.12].
- тенденция к преждевременным родам выше в 2-3 раза [82-87; прил.12].

Наиболее опасен коронавирус в 3-м триместре беременности (>28 недель), он провоцирует 12,9% преждевременных родов (до 37 недели беременности), у 50% беременных чаще возникает преэклампсия, а в последующем – послеродовые кровотечения.

Для заболевшей женщины весь период беременности опасен тромбообразованием, как следствием гипервоспаления стенок сосудов. При нормальном течении беременности - это часть физиологического процесса для уменьшения риска кровотечения во время родов.

Частота заболеваний среди беременных ничем не отличается от общей популяции, а распределение по степени тяжести такое же: 2/3 переносят инфекцию бессимптомно или в легкой форме (по обобщенным данным Центра по контролю и предотвращению

заболеваний в США, Британской Королевской коллегии акушеров и гинекологов и Минздрава Российской Федерации).

Группами риска среди беременных являются женщины старше 35 лет и лица, имеющие ИМТ $> 30 \text{ кг/м}^2$. Это актуальная проблема, поскольку частота ожирения в Республике Беларусь возросла с 24,3% (2014 г.) до 25,2% (2019 г.). Помимо этого, риски в процессе беременности и родов наблюдают у пациентов с хроническими заболеваниями легких, в т. ч. бронхиальной астмой средней и тяжелой степени; с болезнями системы кровообращения (БСК); с сахарным диабетом; с онкологическими заболеваниями; с хроническими болезнями почек и печени (прил.12).

Риск последствий для новорожденного от инфицированной матери в три раза выше:

- госпитализация в отделение интенсивной терапии новорожденных, в основном из-за преждевременных родов;
- регистрация дистресс-синдром у новорожденных в 26–30% случаев;
- низкая масса тела при рождении в 25% случаев;
- асфиксию (удушие) новорожденных в 1,4% случаев;
- дети зараженных матерей умирают в результате этих осложнений или после родов в 0,35–2,2% случаев [и.р.6]

Вертикальный путь передачи инфекции (от больной матери к плоду и ребенку) в начале пандемии отрицался, теперь вероятность заражения составляет $> 5\%$. Установлено, что хотя вертикальный путь передачи новой инфекции возможен, но фатальных изменений для развития плода нет, не выявлено пороков и аномалий развития.

Установлено, что в плаценте концентрация вируса максимальная (12%), а в пуповине и амниотической жидкости – 5%, обнаруживают вирус и в грудном молоке.

Предположительно, что психозомоциональные нарушения как реакция на перенесенную коронавирусную инфекцию, затронул до 10% населения, вовлеченного в пандемию. Поскольку новая инфекция характеризуется высокой скоростью распространения, значимыми социальными и экономическими последствиями, внимание к ее протеканию у беременных особенно велико.

В группе риска по развитию *психозомоциональных нарушений* – беременные, люди, потерявшие родственников и близких, лица, лишившиеся места работы и понесшие значительные финансовые потери [20,25]

Большинство пострадавших могут беспокоить затяжные тревожные расстройства, личностные деформации, астенический синдром с выраженной физической и интеллектуальной утомляемостью, значительные трудности в повседневном самообслуживании, снижение когнитивных функций (памяти, концентрации внимания, повседневной интеллектуальной работы).

Причинами развития психозомоциональных нарушений у беременных может стать:

- тяжелое течение болезни, страх не только за свою жизнь и здоровье, но и за жизнь не рожденного дитяти, страх заразить других членов семьи;
- необходимость госпитализации;
- экстрагенитальная патология, повышающая риск осложнений, существующих на момент инфицирования;
- расстройства в психозомоциональной сфере;
- злоупотребление психоактивными веществами в прошлом;
- отягощенность анамнеза беременной гипертонической болезнью, атеросклерозом сосудов головного мозга, патологией щитовидной железы, черепно-мозговой травмой, комами, нейроинфекцией, отравлениями алкоголем или наркотическими веществами, угарным газом или другими токсическими веществами делают психику женщины менее гибкой;

- личностно-психологические особенности (детские травмы, наличие психических заболеваний в семье, низкий уровень образования, отсутствие поддержки со стороны родных, склонность к стратегии «избегания») [1,20].

Тревога – наиболее частая жалоба у беременных, это нормальная реакция организма на действие стресса, которая помогает адаптации к необычным ситуациям и способности быстро принимать решения из нескольких вариантов с выбором оптимального. Отличием патологической тревоги является несоответствие реальной угрозе и ситуации, склонность к преувеличению рисков, сосредоточение на худших вариантах развития событий. Выраженная астения, беспокойство по незначительному поводу, нетерпеливость, суетливость и раздражительность, чувство вину, рассеянность внимания, неполноценный сон – основные симптомы психоэмоциональных нарушений после перенесенной коронавирусной инфекции (прил.12). По наблюдению психологов, проговаривание своих страхов, гнева и раздражения с последующим осмыслением негативного опыта способствует более быстрой компенсации психического состояния [1,3,5,9].

Психоэмоциональные нарушения лечат на основании принципов, предложенных Национальным институтом здравоохранения и усовершенствования медицинского обслуживания (прил.12).

Особенности антибактериальной терапии при беременности и грудном вскармливании

- уязвимое состояние женщины в период беременности может предрасполагать к самопроизвольным выкидышам, неразвивающейся беременности, порокам развития плода, плацентарной недостаточности и гипоксии плода, внутриутробной инфекции;

- при назначении антибиотиков существует риск тератогенного или токсического воздействия на плод в разных сроках развития и на организм новорожденного (изменение микробиоты и метаболических или иммунологических нарушений);

- соблюдение *условий* применения. Они включают риск для беременной и плода и строгие показания; антибиотики только с установленной безопасностью и узким спектром действия; короткие курсы лечения и минимально эффективные дозы; никогда не применять при вирусных заболеваниях. Самый опасный период – первый триместр беременности. Инфекции, не угрожающие плоду или матери лучше лечить после 24 недель беременности [9].

Показания для антибактериальной терапии: пиелонефрит, бессимптомная бактериурия, обширные травмы или ожоги, сепсис, токсоплазмоз. Препараты выбора при лечении инфекции мочевыводящих путей: фосфомицин, нитрофурантоин, цефалоспорины III поколения, Ко-амоксиклав.

Для классификации лекарственных средств по критериям безопасности для плода используют Американскую классификацию препаратов из 5 групп: А – риск отсутствует; В – нет доказательств риска; С – риск не исключен; Д – риск доказан; Х – применение не оправдано (прил.12).

Советы акушерки сохраняют актуальность при планировании и на всех сроках беременности:

1) Советы по планированию беременности:

- Плановое зачатие целесообразно *не ранее* чем через 3 мес. после прививки.

- Выбор о проведении прегравидарной вакцинопрофилактики принадлежит семейной паре согласно принципу информированного согласия и осознанного выбора. Директор Центра им. Н.Ф. Гамалеи А.Л. Гинзбург отмечал, что российская вакцина «Спутник V» абсолютно безопасна для репродуктивных функций, что подтверждено Центром акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И. Кулакова. Однако, в обновленной инструкции к российской вакцине «Спутник V» недавно появилось новое

указание: применять ее при беременности «стоит только в тех случаях, когда ожидаемая польза для матери превышает потенциальный риск для плода». Данные о безопасности вакцины при беременности получены только в исследованиях на животных. Для кормящих матерей вакцинация не рекомендована в связи с тем, что «невозможно исключить риск для новорожденных/младенцев, находящихся на грудном вскармливании».

• Обратить внимание на ИМТ, постараться привести его к нормальным показателям с помощью эндокринолога или иного специалиста. Временное повышение уровня глюкозы в крови беременных (гестационный диабет) потребует дополнительного последующего медицинского наблюдения.

2) Советы по наблюдению беременности. Беременные и родильницы должны посещать плановые приемы и осмотры у гинеколога (ВОП) в соответствии с местными рекомендациями, соблюдая при этом адаптированные меры профилактики.

3) При установлении *контакта* с инфекционным больным – самоизоляция беременной, респираторный этикет, ношение масок в общественных местах, социальное дистанцирование, мытье и обработка рук; диагностические тесты (ПЦР назофарингеальных мазков); медицинское наблюдение; запрет на применение препаратов без доказанной эффективности, на самолечение (стероиды и антикоагулянты могут назначаться только врачом в условиях стационара).

Позитивная информация: если в крови переболевшей беременной или матери присутствуют Ig G, это свидетельство внутриутробной защиты плода, поскольку малая молекулярная масса этого белка позволяет проходить через плацентарный барьер и защищать плод.

4) В случае, если женщина перенесла инфекцию COVID-19 в тяжелой форме, родоразрешение будет осуществляться с помощью *кесарева сечения* в присутствии родственников или отца (по желанию). В процессе лечения в стационаре целесообразно применение prone-позиции для улучшения оксигенации у беременных с гипоксемией от COVID. Алгоритм и последовательность по расположению в позицию, если беременная в сознании, опубликованы в журнале *Obstetrics & Gynecology* за 9 июня 2020 г.

5) Внедрение удаленного мониторинга беременных будет возрастать, «умные гаджеты» расширят выбор количества приложений и он-лайн инструментов, предлагающих измерение оксигенации крови, определение уровня сахара в крови, которые помогут сделать выбор в образе жизни, уровне физической нагрузки под контролем ЭКГ для лиц с риском БСК и др.

6) Вовлечение пациентов в специальные группы общения, а также их родных и близких, активное содействие врачу во взаимодействии с беременной при составлении плана лечения. Профилактически рекомендуется ограничение просмотра видео, выделение времени на хобби и отдых с семьей, соблюдение режима дня и сна, не допускать гиподинамии, профилактическую фармакотерапию назначает только врач с целью – помочь психике беременной адаптироваться в работоспособности и социальной активности.

7) Соблюдение врачебной тайны - информации о пациентке, ставшей известной медицинскому работнику при выполнении им профессиональных обязанностей: о факте обращения за помощью, диагнозе перенесенного беременной заболевания, методах оказания помощи и иных сведений личного характера. За ее разглашение в Республике Беларусь предусмотрена дисциплинарная ответственность, гражданско-правовая и уголовная ответственность [11,13,16,37].

Диагностика и лечение постковидного синдрома на сегодняшний день не несет специфических для инфекции черт, варианты развития вирусной инфекции у беременных ученым пока не ясны, требуют более продолжительного наблюдения для выводов, но беременные, перенесшие COVID-19, нуждаются в наблюдении не менее 1 года после выздоровления (прил.11,12).

Повышенный спрос на услуги в сфере психического здоровья, обусловленный нарушением или полным прекращением в 93% стран мира, подтвержден статистикой постковидных осложнений (прил.12). Прогнозируется, что 31% всех виртуальных консультаций будет направлено на поддержку психического здоровья, оказания психологической помощи и диспансеризацию, поскольку страдают от долгосрочных симптомов, длящихся в 2,3% случаев дольше 12 недель. Актуальные вопросы образования акушеров полностью зависят от результатов длительного мониторинга заболеваемости коронавирусной инфекцией у беременных, базируясь на новейших клинико-лабораторных сведениях ученых мира и отечественных исследователей, формирования позитивной перспективы будущего и новых паттернов поведения.

Длительный COVID, т.е. период течения с сохраняющейся симптоматики более 4 недель, может вызывать симптомокомплекс физических, психологических и психиатрических аспектов. По оценкам Управления национальной статистики Великобритании, после острого периода COVID-19 симптомы сохраняются через 5 недель у каждого пятого, а в течение 12 недель или дольше – у каждого десятого (2.07.21).

Кашель у 22% наблюдавшихся через 60 дней пациентов Италии. Оценка продолжительности кашля определяет диагностические подходы ведения таких пациентов. У пациентов с COVID-19 часто присоединяется бактериальная инфекция, представляющая опасность для нормального развития плода. Беременным с экстрагенитальной патологией из группы перинатального риска для плода бактериальные инфекции необходимо лечить с учетом особенностей: чаще всего применяют средства местного воздействия без антибиотиков в составе (свечи или ванночки); *антибиотикотерапию врач назначает только со второго триместра беременности. Несвоевременное принятие антибиотиков ослабляет иммунитет беременной и мешает организму бороться с вирусом.

Алгоритм ведения пациентов с затяжным кашлем:

1. Проверка на наличие симптомов тревоги и немедленное обследование и лечение.
2. Оценка влияния экологических и профессиональных факторов, включая курение (если беременная это продолжает в процессе развития беременности).
3. Лечение наиболее частых причин кашля (кашель из верхних дыхательных путей, астма, эозинофильный бронхит, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь).
4. Рассмотрение других причин (ХОБЛ, рак легкого, бронхоэктазы, синдром обструктивного апноэ сна, сердечные аритмии).
5. Рефрактерный хронический кашель [9,67,82-87; прил.11].

Рядом ученых доказана эффективность монтелукаста (синглона) для базисной антибактериальной терапии, доказавшей результат через 3 недели после применения у 68% детей, уменьшении частоты, тяжести и длительности постинфекционного кашля, особенно с астматическим компонентом. Применение в лечении инфекции, вызванной вирусом SARS-COV-2, инозина пранобекса (гроприносина) усиливается клеточный иммунитет, не обладает антигенностью, не вызывает передозировку, обеспечивает физиологический иммунный ответ в разных возрастных группах (Антонович Ж.В.).

Резюме. Системный программно-целевой подход Министерства здравоохранения Республики Беларусь, применение рекомендаций международных организаций способствовали успешному решению ряда задач в области охраны здоровья матери и ребенка [прил.12; эл.рес.12,14]:

- по оптимизации законодательной базы и расширению номенклатуры сестринских специальностей [эл.рес.2,3];
- организации адаптации молодых специалистов на рабочем месте;
- использованию методов внешней и внутренней мотивации МС и АК в совершенствовании профессиональных знаний, умений и навыков;
- возрастанию уровня самооценки и престижа профессии акушерки и МС

[1,19,27,33]. Исследование 2018 г. выявило достоверно высокий уровень желания осваивать более сложные функции у 93,9% средних медицинских работников 46-55 лет [эл.рес.2];

- осуществлению перераспределения должностных обязанностей в команде ВОП;

- развитию межведомственного социального взаимодействия в области профилактики социального сиротства с применением основных принципов фандрайзинга [16,17,24,26,52,64,70];

- совершенствованию практических манипуляционных навыков МС и акушеров благодаря функционированию в БелМАПО Республиканского Центра научно-методического обеспечения медицинского и фармацевтического образования и строительству симуляционного Центра;

- возрастанию роли средних медицинских работников и акушеров, в распространении идей проекта «Заботливая поликлиника» [23] на работу акушеров в женских консультациях, поскольку их участие в сохранении здоровья женщин – залог здоровья будущих поколений. Предстоящее время будет наполнено комплексными усилиями государства в пользу детства и семьи;

- предоставлению более широких полномочий акушеров в составе бригад медицинской помощи, способствующих повышению доступности услуг здравоохранения;

- организации магистратуры для МС и акушеров с высшим образованием становится новым стимулом для непрерывного развития [71,76];

- не только выделению достаточных ресурсов учреждениям профессионального образования и подготовки, но и внедрению системы наставничества в профессиональной подготовке акушеров-выпускников медицинских колледжей для закрепления практических навыков.

Пандемия выявила необходимость обучения сотрудничеству с различными специалистами, ведомствами и учреждениями, для чего необходимы коммуникативные навыки и кругозор [прил.7,8,13-16]. Разрабатываемая на научной основе сестринская опекунская модель сестринского ухода, базирующаяся на технологии сестринского процесса, отводит МС и Пвр патронажную функцию, наряду с сохранением консультативной, обучающей, и опекунской совместно с социальными работниками.

Это может повлиять на адаптацию пациента к реабилитации в ходе течения болезни, на качество жизни при условии соблюдения требования времени -самообразования средних медицинских работников: от образования на всю жизнь к образованию через всю жизнь.

Анализ опыта преодоления пандемии в Китае свидетельствует о том, что необходимо следить за информацией о распространении инфекции на сайтах ВОЗ (who.int/ru) и Министерства здравоохранения Республики Беларусь (minzdrav.gov.by/ru).

Рекомендации экспертов состоят в изучении и оперативном использовании опыта эпидемиологов Китая. Стратегия изоляции, применения методов диагностики способны снизить уровень заражения людей, базируются на высоком уровне настороженности граждан, скорости реагирования системы здравоохранения на складывающуюся ситуацию, выявление потенциальных больных, их немедленная изоляция, установление контактов и путей возможного заражения.

Недостаточно высокий уровень социальной ответственности у части инфицированных коронавирусом инфекцией пациентов в Российской Федерации, например, наказуем в уголовном порядке. Отечественным медицинским работникам Республики Беларусь предстоит прививать населению ответственность за заведомое заражение больших групп других людей (при невыполнении режимов изоляции, рукопожатиях, не соблюдения принципа «социального дистанцирования» в общественных местах).

Прогностический характер организации медицинской помощи под руководством Министерства здравоохранения Республики Беларусь позволяет сдерживать натиск злой инфекции, на переднем рубеже борьбы с которой стоят врачи и МС, фельдшера скорой помощи и много других добрых людей – волонтеров [21,50,67; эл.рес.12,14].

Информационно-педагогическая деятельность МС, акушеров, Пвр становится актуальным фактом работы с населением по поводу обоснованных вызовов скорой медицинской помощи, транспортировки или на обезболивание, о правилах респираторной гигиены и др.

Деятельность медицинских работников по преодолению угрозы для населения страны будет и впредь базироваться на мобилизации и переориентации пациента на его будущее после болезни и ценности, важные до болезни, предложении людям ощущения стабильности и спокойствия. Сестринский уход за пациентами на дому в эпоху пандемии COVID-19 сохраняет актуальность и нуждается в совершенствовании практических навыков МС и Пвр.

Пвр, МС и акушерки переходят от образования на всю жизнь к образованию через всю жизнь.

Вопросы для саморазвития

1. Назовите имя последнего лейб-медика Царской семьи, и в чем состоит его заслуга в медицине?
2. Чем обусловлена новая роль МС и Пвр на участке ВОП в оказании помощи в наблюдении и уходе за пациентами с коронавирусной инфекцией?
3. Назовите основные проблемы, касающиеся Пвр и МС на участке ВОП, смежные с функцией акушеров.
4. В чем особенности деятельности МС и акушерки в период пандемии COVID-19?

Глава 4. Современная адаптационно-ситуативная модель медико-социального ухода на дому: новые технологии

Главный исполнительный директор Международного совета медицинских сестер (ICN) Говард Кэттон в 2020 г. отметил: «...то, что сделала пандемия, также дало нам возможность призвать к перезагрузке и изучить новые модели ухода, в которых медицинские сестры находятся в центре наших систем здравоохранения». Этим заявлением был дан старт к осмыслению имеющихся моделей ухода и возможному появлению новых предложений от сестринских сообществ.

Использование новой медицинской аппаратуры, цифровизация здравоохранения, совершенствование технологий взаимодействия с пациентом и его окружением потребовали иного качества знаний МС, определяемого уровнем профессионального образования [18,26,34,37,52,56,68]. Термины «сестринский процесс», «сестринский диагноз», «цифровизация» (пришедший на смену термину «информатизация») заставляют МС искать необходимую информацию об их значении для проведения ухода в профессиональных источниках [27,33; прил.11]. Этому способствует развитие теории сестринского дела как совокупности учений или научных обоснований, взглядов на ту или иную проблему, умозаключений, требующих подтверждения на практике.

На протяжении столетий во всем мире, а также в III-XXI веке в Беларуси происходило изменение роли, места и функций МС [20]. Впервые в наиболее доступной форме это отражено в трудах Ф. Найтингейл, которая в работе «Записки об уходе» (1859 г.) дала первое определение сестринскому делу и выделила две области деятельности МС – уход за больными и за здоровыми людьми. Она считала, что «Сестра должна иметь тройную квалификацию: научную - для понимания болезни, сердечную – для понимания больных и техническую - для ухода за больными» (описание трех точек роста квалификации МС). Уход за здоровыми пациентами ею был определен как «поддержание человека в таком состоянии, при котором болезнь не наступает», в то время как суть поддержки больному – «помощь страдающему от болезни жить наиболее полноценной жизнью, приносящей удовлетворение». Это согласуется с мнением о содержании помощи пациентам руками МС в трудах Матери Терезы и святых. Она считала: «Легко любить людей на расстоянии. Не всегда полюбить того, кто рядом. Проще дать тарелку с рисом голодающему, чем утолить голод одиночества или более того, кто живет с нами в одном доме. Любите своих домочадцев. Любовь начинается с дома». Она же писала: «Доброта – язык, который понимает все. Даже слепой может видеть ее, а глухой – слышать ее».

Св. Фома Гемеркен Кемпийский писал о милосердии так: «...ибо нет никого без порока, никого без бремени, никто сам в себе не доволен, никому своей мудрости недостаточно; но *приходится* друг друга *терпеть*, друг друга *утешать*, друг другу *помогать* и *увечивать* друг друга...». Как давно это было написано и как актуально для дня сегодняшнего.

Трехэтапный механизм применения новых сестринских технологий

1 этап – подготовительный, включающий теоретическую подготовку МСОН;

- совершенствуются дневники сестринского ухода, сестринская история болезни как вкладыш к основной карте пациента, листы динамического наблюдения за состоянием пациента [54];

- перевод вкладыша в электронный формат (электронную карту пациента, электронный рецепт).

2 этап – практический. Сестринский процесс состоит из 5 этапов.

1. Сестринское обследование.

- установление проблем и формулировка сестринского диагноза. Проблемы подразделяют на *существующие* и *потенциальные*.

- определение *системы приоритетов*, как *первичные* и *вторичные*, важнее проблемы, которые могут пагубно влиять на течение болезни, с учетом коморбидности.

2 этап завершается установлением сестринского диагноза. Между *врачебным* и *сестринским* диагнозом существует различие, *врачебный* диагноз концентрируется на распознавании патологических состояний, а *сестринский* основывается на описании реакций пациентов на проблемы, связанные со здоровьем [33].

3. Определение целей ухода и планирование, он должен включать оперативные и тактические цели по достижению определенных результатов на долго- или краткосрочный период.

4. Реализация планируемых действий, меры, которые принимает МС для обследования, лечения, реабилитации пациентов, профилактики осложнений. Существует 3 категории сестринского вмешательства (ВОЗ). Выбор категории определяется нуждами пациентов.

- *Зависимое* сестринское вмешательство осуществляется на основании предписаний врача и под его наблюдением.

- *Независимое* вмешательство предусматривает действия Пвр и МСОП по собственной инициативе, без прямого требования врача (обучение гигиеническим навыкам, организация досуг).

- *Взаимозависимое* вмешательство предусматривает совместную деятельность МС с врачом, с другими специалистами. При всех типах взаимодействия ответственность МС и Пвр исключительно велики.

5. Оценка эффективности сестринского ухода базируется на исследовании динамических реакций пациентов на вмешательства МС. Критериями оценки сестринского ухода служат: оценка ответной реакции пациента на сестринские вмешательства и оценка степени достижения поставленных целей сестринского ухода.

3 этапом внедрения сестринского процесса является исследование адекватности адаптации новых сестринских технологий к условиям ОЗ, проведение анализа и статистической обработки сестринской документации для оценки эффективности качества помощи [3,6,27,33].

Понимание смысла здоровья и помощи в уходе занимало умы многих ученых, наиболее оптимально оно отражено в определении ВОЗ как «...состояние полного физического, духовного, и социального благополучия, а не только отсутствие болезни и физических дефектов». Более адекватно для современного состояния медицины определение здоровья американского ученого и врача Г. Сигериста: «Здоровым может считаться человек, который отличается гармоничным физическим и умственным развитием и хорошо адаптирован к окружающей его физической и социальной среде. Он полностью реализует свои физические и умственные способности, может приспосабливаться к изменениям окружающей среды, если они не выходят за пределы нормы, и вносит свой вклад в благополучие общества, соразмерный с его способностями. Здоровье не означает просто отсутствие болезней; это нечто положительное, жизнерадостное, охотное выполнение обязанностей, которые жизнь возлагает на человека». Именно эти качества предстоит развивать у МС, в функцию которых входят элементы сестринской педагогики и психологии.

В XIX в. считалось, что «Опасение, неуверенность, ожидание, надежда, страх неожиданности приносят пациенту больше вреда, чем любое напряжение» (Ф. Найтингейл, 1859), что следует учитывать в модели ухода за пациентом.

По мере совершенствования ориентированной на пациента как личность медицины и развития отношений между медицинским работником и пациентом, согласно логике совершенствования полномочий пациента в ходе активного участия в оказании медицинской помощи, в 1989-е гг. Фондом Содружества Пикера была разработана Программа ухода за пациентами. На основе этого исследования было определено 7 параметров пациентоориентированного здравоохранения:

- уважение к ценностям, предпочтениям и потребностям пациента;
- координация и преемственность в оказании медицинской помощи;
- информация, общение и образование;

- физический комфорт;
- эмоциональная поддержка и уменьшение страха и беспокойства;
- участие семьи и друзей;
- перевод и непрерывность [66].

Развивая идею справедливого решения проблем престарелых людей посредством совершенствования ПМП, в Алма-Атинской Декларации (1978) [56] участники отметили: «Первичная медико-санитарная помощь требует максимальной самообеспеченности общины и отдельных лиц, способствует этому, обеспечивая их участие в планировании, организации, осуществлении и контроле за медико-санитарной помощью при наиболее полном использовании местных, национальных и других имеющихся ресурсов, для этого развивает путем соответствующего просвещения навыки участия населения в этой работе» [56].

При обсуждении того, что осуществлено за 40 лет после принятия Декларации в 2018 г. в Астане была поставлена задача: «...необходимо перестроить системы здравоохранения для более эффективного решения новых задач в области общественного здравоохранения, особенно потребностей пожилых людей. Для решения этих задач необходимо перестроить наше мышление, отказавшись от нынешней концептуальной модели здравоохранения [70]. Оно должно быть ориентировано на выполнение функции, а не на болезнь, на предупреждение, а не на реагирование, на уход, а не на лечение, на обеспечение непрерывной и интегрированной, а не эпизодической и фрагментарной помощи».

Поддержка самостоятельности в уходе становится важным пунктом помощи МС престарелому пациенту с ограничениями, объем которой составляет не более 20% от потребности (Goodwin, 2008-2014). В учреждениях по развиваемому интегрированному уходу: больницах сестринского ухода - БСУ, отделениях медико-социального ухода, хосписах, интернатах, при участии общественных организаций волонтеры реально помогают семьям. Известно о 5 формах оказания социального обслуживания (стационарном, полустационарном, нестационарном, социальном и срочном социальном обслуживании) [31], осуществляемых в 103 БСУ, 8 хосписах для взрослых, отделениях паллиативной медицинской помощи в 24 больничных организациях (БО), выездными патронажными службами на дом [25,52,54-56].

Для организации ухода за пациентом на дому, как наиболее соответствующей пожеланиям пациентов и их семей, целесообразно руководствоваться стратегией, наиболее способствующей самостоятельности пациентов с ХНИЗ (табл.4.1).

Стратегия сестринского ухода предполагает знание различных классификаций моделей медицинского общения, необходимых для ее осуществления. Популярностью пользовалась классификация (Е. Эсмануэль, Л. Эсмануэль), однако наибольшее распространение получила классификация модели Р. Вича, в основе которой лежит критерий ответственности медицинского работника и пациента с выделением технической, патерналистской (руководство), коллегиальной и контрактной модели.

Техническая модель взаимодействия предполагает отношение МС к пациенту как к механизму, в котором произошла «поломка», обусловленная воздействием внешних и внутренних факторов, которая требует исправления.

Патерналистская модель (модель руководства) – авторитарная, реализуемая при ведущей роли МС, которая принимает активную лидерскую позицию, определяет стратегию и тактику лечения, берет на себя всю полноту ответственности (юридическую, моральную, психологическую), что недопустимо при взаимозависимой функции МС с врачом и негативной воспринимается молодежью как вариант давления.

Коллегиальная модель (партнерская) носит наиболее демократичный характер, предполагает сотрудничество, терапевтический союз медицинского работника и пациента, активное участие пациента в осуществлении ухода, в принятии решений, определении стратегии и тактики лечения. В основе взаимоотношений лежит эмпатический подход к

пациенту. Сопереживание определяет большую степень психологической близости, чем при модели руководства.

Контрактная модель (договорная) сложилась главным образом в условиях платной медицины и предполагает взаимодействие медицинского работника и пациента на основе соглашения (контракта), регулирующего структурирование и контроль лечебного процесса обоими его участниками. Медицинский работник опирается на эмпатическую коммуникацию, определяет оптимальный уровень власти в отношении пациента, меру его ответственности за ход и результаты лечения. Ф. Найтингейл считала: «Излагая диагноз пациенту или его родственникам, избегай устрашающих формулировок. Пациент имеет право знать правду, но долг медика смягчить её милосердием. Мужество и воля к жизни – ценнейшие качества в борьбе с болезнью, и медицинский работник должен всемерно воспитывать и укреплять их у своих пациентов».

Таблица 4.1

Стратегия сестринского ухода с целью сохранения самостоятельности пациентов с ХНИЗ

ИНФОРМАЦИОННАЯ составляющая Разработка плана с целью снижения беспомощности <ul style="list-style-type: none"> ➤ Отношения пациент-персонал ➤ Процесс болезни ➤ Отношения в семье ➤ Отношения с прежней работой 	<p align="center">СТРАТЕГИЯ СЕСТРИНСКОГО УХОДА</p>	ИНТЕРПРЕТАЦИОННАЯ составляющая Определение среды <ul style="list-style-type: none"> ➤ Увеличение возможности контроля Повышение чуткости обслуживающего персонала и значимого окружения в борьбе с зависимой беспомощностью пациента
ИНФОРМАЦИОННАЯ составляющая Увеличение объема знаний (навыков) в «Школе пациента» <ul style="list-style-type: none"> ➤ О болезни ➤ Об альтернативном лечении ➤ О возможной поддержке окружения и общественных организаций 		СОВЕЩАТЕЛЬНАЯ составляющая Обсуждение ощущений (чувств) <ul style="list-style-type: none"> ➤ С пациентом С профессионалами Постановка реальных задач <ul style="list-style-type: none"> ➤ Позволить пациенту участие в постановке задач ➤ Позволить пациенту самому определить цели
Долгосрочная цель *сохранение самообслуживания *мотивация на самостоятельное выполнение функций самообслуживания *обеспечение непрерывной интеграции с волонтерами, сообществами		Краткосрочная цель *восстановление утраченной функции по самообслуживанию *эпизодическое (по ситуации) привлечение социальных работников, юристов, работников ТЦСОН

Каждая из моделей коммуникации медицинского работника с пациентом может приводить к оптимальным результатам в лечении в зависимости от личностных особенностей пациента и ситуации, обусловленной его сиюминутным психофизическим состоянием и спецификой заболевания. В качестве самой эффективной называется коллегиальная модель взаимодействия, в ее реализации авторы рекомендуют следовать **модели «4 Е»**: вовлекать в диалог (engage), сочувствовать (empathize), образовывать (educate), заинтересовывать в выздоровлении (enlist). Медицинский работник и пациент сотрудничают, делятся сомнениями, говорят друг другу правду, поровну делят ответственность за исход лечения.

Использование краткосрочных и долгосрочных целей ухода за пациентом на дому и трех составляющих представленной стратегии, МС могут руководствоваться какой-либо из существующих или новой моделью.

Модели сестринского ухода* – систематически построенный научно-обоснованный и логически связанный набор понятий, составляющий элементы сестринской практики. Одной из первых в конце XIX века стала модель Ф. Найтингейл. Придавая особое значение тишине, питанию, чистоте, она характеризовала сестринское дело как «действие по использованию окружающей пациента среды в целях содействия его выздоровлению» [4,27].

В отношении модели ухода, как образце построения взаимодействия и помощи больным людям, споры ученых о том, какая из имеющихся моделей предпочтительнее, продолжаются. В ранних работах [27,33] авторы подробно анализировали имеющиеся модели, поэтому переходим к более современной модели ухода. В настоящее время моделью ухода может служить комплекс мероприятий, направленных на соблюдение приоритетов пациента и организацию ему помощи, обеспечивающей комфорт, повышение удовлетворения уровнем ее оказания МС престарелых лиц в период перехода на электронный документооборот и продолжающейся цифровизации здравоохранения.

Индивидуализированный план ухода за пациентом на дому направлен на создание комфортного существования престарелых лиц и инвалидов и будет содержать:

- пакет многокомпонентных мероприятий по ведению случаев утраты индивидуальной жизнеспособности. Большинство планов ухода будут включать мероприятия по улучшению питания, и поощрять выполнение физических упражнений;
- ведение и лечение имеющихся заболеваний, коморбидности и гериатрических синдромов. ВОЗ разработала клинические рекомендации в отношении большинства соответствующих хронических заболеваний, которые могут способствовать снижению индивидуальной жизнеспособности [26,52,56,60,62] (рис. 1);
- содействие самообслуживанию и самопомощи [54,55];
- ведение любых хронических изменений здоровья на поздней стадии (паллиативная помощь, абилитация) или поддержание достойного качества и приемлемого уровня жизни [25];
- социальная помощь и поддержка, включая модификацию окружающей пациента обстановки с целью компенсации возможной утраты функций [26,52,54];
- план по удовлетворению потребностей в социальной поддержке при содействии членов семьи, друзей, представителей служб, оказывающих помощь по месту жительства (волонтеров) [55].

Наиболее часто встречающейся сложностью при лечении пациента, согласно индивидуализированному плану ухода, является полипрагмазия – одномоментное применение пяти и более препаратов, способствующих возникновению неблагоприятных лекарственных реакций. Подобное применение целого ряда препаратов повышает риск негативных последствий для здоровья и может привести к преждевременной утрате индивидуальной жизнеспособности, а также является причиной неотложной госпитализации.

Пожилые люди, которые получают помощь нескольких медицинских работников или были недавно госпитализированы, имеют больший риск полипрагмазии [26,69]. У пациентов преклонного возраста с разнообразной патологией существует риск более выраженных возрастных физиологических изменений, которые могут влиять на динамику приема и усвоения препаратов.

Полипрагмазия может дополнительно усугублять утрату ряда компонентов индивидуальной жизнеспособности, поэтому оценка, ориентированная на индивидуальные нужды человека, должна включать изучение МС списка препаратов, которые принимает пожилой пациент [15,43,46].

Выраженность полипрагмазии можно снизить за счет исключения ненужных, неэффективных препаратов, а также препаратов, которые дублируют действие друг друга.

Каким образом Пвр и МС может правильно учитывать назначение препаратов и минимизировать ошибки при их назначении:

- ✓ • собрать полный анамнез;
- ✓ • учесть, может ли прием препарата отрицательно сказаться на физических возможностях;
- ✓ • не назначать препарата до момента постановки диагноза за исключением случаев, сопровождающихся выраженной острой болью;
- ✓ • регулярно пересматривать список назначений, в том числе до назначения очередного препарата;
- ✓ • ясно представлять механизм действия, нежелательные эффекты, лекарственные взаимодействия, требования к мониторингу и токсичность назначенных препаратов;
- ✓ • стремиться к назначению одного препарата по поводу одного и более изменений здоровья;
- ✓ • выдать пациенту карту для учета принимаемых препаратов;
- ✓ • просветить пациента и лицо, осуществляющее уход, в части каждого из препаратов.

В случае сомнения относительно возможности безопасной отмены какого-либо из препаратов, следует получить консультацию ВОП [39-42,44,45-48].

Роль МС во врачебной (или медицинской) модели сестринского ухода знакома многим МС, поскольку на нее было ориентировано обучение в медицинских колледжах. Ученые в области сестринского дела обратили внимание, что представления о достойной врачебной подготовке в разные эпохи были неодинаковы. До XVIII в. врачебная практика носила в основном целостный характер: при постановке диагноза и назначении лечения принимали во внимание связь между пациентом и окружающей средой. Однако при современном врачебном (лечебном) вмешательстве внимание концентрируется на установлении анатомических, физиологических и биохимических причин и проявлениях заболевания: Такой подход часто преуменьшает или полностью игнорирует политические, социальные и экономические факторы при установлении причины болезни.

Согласно врачебной модели сестринского ухода пациент представляет собой набор анатомических органов (сердце, легкие, желудок) и физиологических систем (дыхания, кровообращения, пищеварения и др.). При подобной модели социальное поведение и отдельные особенности психологического поведения человека являются следствием изменений, происходящих в физиологических и биохимических системах организма, следовательно, человек рассматривается как «пассивный носитель болезни», что принижает значение личности пациента.

Модель сестринского ухода В. Хендерсон (потребностей) (1966 г.) основана на учете потребностей пациента с акцентом на биологических, психологических, социальных факторах, которые могут быть удовлетворены благодаря уходу. Необходимым условием данной модели является участие самого пациента в планировании и осуществлении ухода. Пациент имеет 14 фундаментальных человеческих потребностей, являющихся одинаковыми для всех людей: «...Вне зависимости от того, болен человек или здоров, сестра всегда должна иметь в виду жизненно важные потребности человека в пище, крове, одежде; в любви и доброжелательности, в чувстве необходимости и взаимозависимости в условиях общественных отношений...». Здоровый человек, как правило, не испытывает трудностей при их удовлетворении, однако в период болезни, старости, при приближении смерти человек может быть не в состоянии удовлетворить свои потребности самостоятельно. Именно в это время МС помогает «...человеку, больному или здоровому, в выполнении тех функций, которые поддерживают его здоровье, или способствуют его выздоровлению (или в момент его ухода из жизни) и которые этот человек выполнил бы без посторонней помощи, будь у него силы, желания или знания...». В. Хендерсон утверждала, что во все

времена сестринский уход должен быть направлен на скорейшее восстановление независимости человека, однако недостатком модели является игнорирование отдельных социальных потребностей пациента.

Модель сестринского ухода Н. Роупер (проявлений повседневной жизнедеятельности) (1976 г.), была дополнена в 80-е годы В. Логан и А. Тайэрни, базировалась на достижениях в области физиологии, психологии и сестринского дела. Эти авторы, как и В. Хендерсон, использовали определенный перечень универсальных потребностей, присущих всем людям, считают, что МС должна сосредоточить внимание на наблюдаемых сторонах поведения человека. Оценка успешности деятельности МС при уходе основывается на видимых, измеряемых и поддающихся оценке результатах. Позднее появилась модель М. Аллен о ситуационно обусловленной сестринской помощи.

Рассматривая человека, как объект деятельности МС, автор впервые установила 16 видов повседневной жизнедеятельности (фундаментальных потребностей), часть из которых необходима для поддержания жизни, другие, являясь необходимыми для жизнедеятельности, влияют на качество жизни. Впоследствии авторы модели сократили этот список до 12 «проявлений жизнедеятельности», которые являются потребностями человека, часть них имеет биологическую основу, другая часть - культурную и социальную. Степень удовлетворения тех или иных «проявлений жизнедеятельности» зависит от возраста пациента, его социального статуса и культурного уровня.

Модель сестринского ухода Д. Джонсон (поведенческая) (1968 г.) предлагает радикально уйти от врачебных представлений о человеке и сосредоточить сестринскую помощь на поведении людей, а не на их потребностях, что отличает ее от моделей других авторов (В. Хендерсон и Н. Роупер). Пациент, согласно модели Д. Джонсон, это «индивид, имеющий набор взаимосвязанных систем поведения, каждая из них стремится к балансу и равновесию внутри себя». Человек имеет 7 главных подсистем, которые, так или иначе, изменяют его поведение. Д. Джонсон определяет действие каждой подсистемы в стремлении человека на основе прежнего опыта достичь определенных целей. Результат ухода зависит от того, как пациент воспринимает свое поведение, оценивает свои возможности в изменении поведения, что может и не сможет изменить. Поведение, выбираемое больным человеком, определяется его предрасположенностью к тому или иному типу поведения (установке). Д. Джонсон различает два основных типа поведения пациента: установка, создаваемая действиями и объектами непосредственно вокруг человека и установка, создаваемая прошлыми привычками.

Модель сестринского ухода Д. Орэм (дефицита самостоятельного ухода) (1971 г.) в отличие от моделей Д. Джонсон и К. Рой, рассматривает человека как единое целое. Она основана на принципах самостоятельного ухода, который в этом случае автор определяет как «...деятельность по сохранению жизни, здоровья и благополучия, которую люди начинают и осуществляют самостоятельно...». В уходе уделяется большое внимание личной ответственности человека за состояние собственного здоровья, которое нуждается в развитии у всего населения. Однако придается большое значение и вмешательству МС для профилактики заболеваний, травм и с целью обучения. Взрослые люди должны рассчитывать на себя и нести определенную ответственность за своих иждивенцев. Предлагаемая модель сестринского ухода находит все больше последователей в настоящее время, поскольку делает акцент на профилактической работе с пациентом. Согласно этой модели пациент - единая функциональная система, имеющая мотивацию к самостоятельному существованию, невзирая на болезнь и осуществляя уход за собой независимо от того, здоров он или болен, т. е. его возможности и потребности в самостоятельности должны быть в равновесии.

Д. Орэм выделяет три группы потребностей в самостоятельном уходе:

1. Универсальные (8):

- достаточное потребление воздуха;
- необходимое потребление жидкости;

- нужное потребление пищи;
- достаточная возможность выделения и потребности, связанные с этим процессом;
- сохранение баланса между активностью и отдыхом;
- время одиночества сбалансировано со временем в обществе других людей;
- предупреждение опасностей для жизни, нормальной жизнедеятельности и хорошего самочувствия;
- стимулирование желания соответствовать определенной социальной группе в соответствии с индивидуальными способностями и ограничениями.

Уровень удовлетворения каждой из восьми универсальных потребностей для каждого человека индивидуален и зависит от факторов, влияющих на эти потребности: возраст, пол, стадия развития, состояние здоровья, уровень культуры, социальная среда, финансовые возможности. Здоровый человек обладает достаточными возможностями самостоятельного ухода, чтобы удовлетворить эти универсальные потребности.

Все предложенные для ознакомления модели сестринского ухода объединяет:

1. Центральное место пациента как главного объекта деятельности сестринского персонала.
2. Источник проблем пациента.
3. Цель сестринского ухода.
4. Направленность сестринского вмешательства.
5. Способы сестринского вмешательства.
6. Роль МС.
7. Оценка качества и результатов сестринского ухода.

Адаптационная модель сестринского ухода К. Рой (1976 г.) тоже использует достижения в области физиологии и социологии. Пациент, по мнению автора, это индивид, имеющий набор взаимно связанных биологических, психологических и социальных систем, влияющих на поведение. К. Рой полагает, что для физиологических и для психологических систем существует состояние относительного равновесия, которого человек стремится достичь, т. е. это какой-то диапазон состояний, в котором люди могут адекватно справиться со своими переживаниями. Для каждого пациента этот диапазон уникален. Согласно модели — есть уровень адаптации, а все раздражители, попадающие в этот диапазон, встречают более благоприятную реакцию, чем те, которые окажутся за ее пределом. Автором названы 3 типа факторов (раздражителей), влияющих на уровень приспособляемости. *Очаговые* факторы, находящиеся в окружении человека; *ситуационные*, возникающие при оказании помощи рядом с очаговыми, и оказывающие на них воздействие; *остаточные*, как результат прошлых переживаний, верований, взаимоотношений. При сочетании с очаговыми и ситуационными факторами, раздражители влияют на уровень адаптации пациента. К. Рой предлагает четыре системы адаптации, изменяющие поведение пациента:

- физиологическая система;
- Я - концепция;
- роль - функция;
- взаимозависимость.

Физиологическая система обеспечивает реакции человека на температуру, влажность, атмосферное давление, пищу, жидкость, кислород, углекислоту и другие сенсорные раздражители. Способность справляться с новыми, непривычными физиологическими раздражителями обусловлена не только ими, но зависит от возможностей физиологической системы адаптации конкретного человека.

Я — концепция объясняет желание больного человека понять самого себя, как поведение, так и телесный образ. Как и предыдущий, этот способ адаптации имеет границы, в пределах которых пациент может справляться с изменениями своих психологических и телесных «Я». Особенно эффективно этот способ должен «включиться»

при подготовке пациента к операциям, значительно изменяющим схему тела: ампутация конечности, мастэктомия, наложение стомы и т.п.

Роль-функция определяет изменение для пациента его роли в жизни в силу тех или иных обстоятельств. Например, занимающийся физическим трудом человек занимает руководящую должность и управляет работой других; активный, деятельный работник оказывается в медицинской организации и вынужден адаптироваться к пассивной роли пациента. В обоих примерах такой человек может выйти за рамки собственных возможностей адаптации.

Взаимозависимость есть стремление людей достичь состояния относительного баланса в различных взаимоотношениях. Например, зависимость друг от друга матери и сына, мужа и жены, продавца и покупателя, МС и пациента, начальника и подчиненного и др. МС следует учитывать ограниченность возможностей адаптации пациента в ситуациях, когда он испытывает чувство давления, презрения, одиночества, отторжения, фамиллярности.

Модель сестринского ухода М. Аллен (1986 г.) о взаимодействии МС с пациентом посредством идеи «Здоровье через развитие» базируется на признании важности первичной медико-санитарной помощи (в современной терминологии – ПМП), ориентированной на привлечение к укреплению здоровья самого человека, семьи и общества. По мнению доктора философии в образовании М. Аллен здоровье является сложным многомерным понятием и целью заботы МС о здоровье пациента повсюду, от стационара до поликлиники и на дому. Здоровье понимается автором как *преодоление и развитие*. Преодоление – это усилия, направленные на избавление от проблемы последовательными действиями: выявлением, альтернативой, оценкой и выбором. Второе измерение здоровья пациента – это развитие, направленное на достижение жизненных целей с помощью схемы по определению, мобилизации, поддержке, регулированию ресурсов личности пациента или семьи.

Из существующих моделей сестринского ухода каждая имеет преимущества, но не лишена и недостатков. Это оставляет простор думающим Пвр и МС в применении той или иной модели ухода по сиюминутной оперативной ситуации течения болезни у пациента.

В основных направлениях Концепции развития сестринского дела в Республике Беларусь на 2021-2025 годы рекомендована разработка новых организационных моделей ухода и технологий сестринских услуг, что стало источником для предложений.

Анализ имеющихся моделей сестринского ухода позволяет предложить иную адаптационно-ситуативную модель, в той или иной мере объединяющую имеющиеся модели, но с учетом новых технологий сестринского процесса и продолжающейся цифровизации здравоохранения (табл.4.2).

Таблица 4.2 Современная адаптационно-ситуативная модель сестринского ухода за пациентом

Модель	Роль МС	Направление ухода	Цель ухода	Направление сестринских вмешательств	Способы вмешательств
Врачебная	зависимая	поддерживающее функции	долгосрочная	назначения врача	набор стандартных вмешательств
Хендерсон В. (потребности)	частично зависимая	удовлетворение функциональных потребностей	долгосрочная	коррекция симптомов	лекарства и процедуры
Роупер Н. (жизнедеятельность)	зависимая независимая взаимозависимая	частичное восстановление независимости	сохранение жизненных функций	совместная оценка и удовлетворение потребностей	подвижность увеличить, страх уменьшить
Джонсон Д. (поведенческая)	дополняющая	восстановление равновесия	восстановление, мотивация поведения, кратко-идо долгосрочной	защита от стресса, стимулирование партнерства	контроль поведения
Аллен М. (здоровье через развитие)	дополняющая, стимулирующая	терапевтическая апробация способов поведения и самовыражения	долгосрочная с пациентом и семьей	обучение ЗОЖ на основе жизненного опыта	использовать ситуации для побуждения к действию, здоровье через развитие
Рой К. (адаптация)	индивидуальная адаптация	адаптивное	долгосрочная и краткосрочная	возможность адаптации	воздействовать за пределом адаптационных возможностей
Орэм Д. (дефицит самоухода)	дополняющая	вовлечение пациента (родных, волонтеров) в самоуход	сохранение самообслуживания	возможность самоухода	делать за пациента, руководить физической и психологической помощью, организовать среду для самоухода
АСМ - модель	зависимая, независимая, взаимозависимая, индивидуальная адаптация, дополняющая, стимулирующая	удовлетворение функциональных потребностей, частичное восстановление независимости и равновесия, поддерживающего функции организма, адаптивное, вовлечение, апробация способов поведения и самовыражения	долгосрочная, краткосрочная, восстановление, мотивация, сохранение самообслуживания	потребности по сестринскому диагнозу, назначения врача, оценка жизненного опыта с позиции потенциальных возможностей для роста доступных знаний и ресурсов	удовлетворять потребностей по сестринскому диагнозу, лекарства, АФК или резилиенс - гимнастика, контроль поведения, обучение в «Школе пациента»

Пояснения к новой АСМ-модели ухода за пациентом

Роль МС в предлагаемой АСМ - модели включает зависимую от назначений врача; независимую и самостоятельно осуществляемую МС без врачебных указаний. Также роль МС (Пвр) может быть взаимозависимой, обеспечивающей разную степень самостоятельности МС в ходе течения заболевания и возникновения разных состояний; индивидуальную адаптацию, как потребность учитывать сиюминутную подстройку приспособляемости организма; и дополняющую традиционные алгоритмы и стимулирующую резервные функции организма больного человека. Стивен Кови, автор многочисленных книг по человеческим отношениям, считает: «Если Вы хотите улучшить Ваши отношения – воспринимайте любовь как глагол, а не как чувство».

Направление ухода при осуществлении АСМ - модели может состоять как в удовлетворении функциональных потребностей пациента, или как частичное восстановление его независимости и равновесия, поддерживающего функции организма, или как адаптивное, помогающее приспособляемости нуждающегося в уходе больного к имеющимся у него возможностям. Также важным является привлечение к обеспечению ухода близких и родных пациента, называемой вовлечение, которое предполагает апробацию способов поведения и самовыражения и пациента и его окружения. Методы вовлечения используют волонтеры для удовлетворения стремления человека на основе прежнего опыта достичь определенных целей [52,54,55].

Цели ухода за пациентом согласно АСМ-модели могут быть различной продолжительности от долгосрочной до краткосрочной, содержать реабилитационный компонент на восстановление какой либо функции. Мотивационная цель для развития желания пациента достичь каких-то результатов требует от МС знаний психологии эффективного взаимодействия, или направленной на сохранение самообслуживания пациента возможно более продолжительное время [1,2,12,25,30,74; эл.рес. 1,7,8,12,14].

Направление сестринских вмешательств в обеспечении ухода по АСМ-модели разнообразно, включая потребности пациента согласно сестринскому диагнозу, назначениям ВОП, оценку жизненного опыта с позиции потенциальных возможностей пациента для стимулирования у него возрастания доступных знаний и ресурсов [26,55].

Способы вмешательств МС в описываемой модели способствуют творческому подходу к удовлетворению потребностей пациента согласно сестринскому диагнозу, лекарственной терапии, АФК или резилиенс – гимнастике, контролю поведения, обучению в «Школе пациента» [3,24-26,30]. В АСМ-модели используют два типа поведения пациента: установку, создаваемую действиями и объектами непосредственно вокруг человека и установку, создаваемую прошлыми привычками [30,34,69; прил.11; эл.рес. 8], с учетом современной эпидемиологической ситуации [9,21,41,44,50,62,63,67,70,81; прил.11,12].

Принципы ухода – это «...деятельность по сохранению жизни, здоровья и благополучия, которую люди начинают и осуществляют самостоятельно...» (Д. Орэм). «Не великие дела угодны Богу, а великая любовь, с какою они делаются. Нет ничего великого, когда мало любят, и нет ничего малого, когда любят много...» свт. Василий Великий.

Народная мудрость предлагает свои советы тем, кто настроен на помощь слабым, зависимым и нуждающимся в поддержке:

«Обязанность *без любви* делает человека раздражительным.

Ответственность *без любви* делает человека бесцеремонным.

Справедливость *без любви* делает человека жестоким.

Права *без любви* делает человека критиком.

Воспитание *без любви* делает человека двуличным.

Ум *без любви* делает человека хитрым.

Приветливость *без любви* делает человека лицемерным.

Компетентность *без любви* делает человека неуступчивым.

Власть без любви делает человека насильником.
 Честь без любви делает человека высокомерным.
 Богатство без любви делает человека жадным.

Вера без любви делает человека фанатиком [прил.16].

Осмысление роли МС и Пвр при наблюдении за пациентами, нуждающимися в уходе, на участке ВОП свидетельствует о ее разнообразии (табл.4.3). Она базируется на расширении функций и полномочий в рамках поддержки и укрепления инновационных практик в сестринском деле [1,4,5,12,21,26,29,31,32,35,68,80].

Таблица 4.3

Роль МС и Пвр в осуществлении наблюдения за пациентами на участке ВОП (по ВОЗ,2004), (Rayne S. 2009)

Роль Пвр, МС	Компетенции (умения)
Экспертная	Знания и навыки по их применению в улучшении состояния пациента
Коммуникативная	Умение общаться с пациентом, его семьей в «Школе пациента»
Коллабораторская (взаимовыгодное сотрудничество, взаимодействие)	Сотрудник в мультидисциплинарной команде
Адвокат	Оправдывает действия семьи в пользу пациента
Доказательная практика	Использует профессиональный уход согласно требованиям, осуществляет исследовательскую деятельность (Т. Гринхальх)
Профессиональный работник	Использует принципы биомедицинской этики, информированного согласия, конфиденциальности в уходе

Направленность сестринского вмешательства

Врачебная модель

МС (Пвр) знакомится с симптомами, описанными ВОП в истории болезни пациента (в перспективе – в ЭМК), оценивает его состояние, нарушения деятельности определенных органов и систем и в конечном итоге констатирует факты «одышки», «сердцебиения», «поноса» и т.п., если пациент преклонного возраста – проводят СГО. Недостатком является непонимание разницы в сестринском* и врачебном диагнозах* и отсутствие в настоящее время электронных листов-вкладышей в историю болезни пациента согласно сестринскому процессу, хотя они были опубликованы ранее в учебнике [54].

В. Хендерсон явно не рекомендует использование сестринского процесса, считая, что при обследовании пациента МС обсуждает с ним условия оказания сестринской помощи. Исключением является ситуация «...только в состоянии очень высокой зависимости пациента, такой, как кома или состояние полной прострации, у сестры имеются оправдательные мотивы для принятия решения (не обсуждая этого с пациентом), что для него, в данном случае, является благом...». По мнению В. Хендерсон, МС должна постараться встать на место пациента и понять оценку его состояния и определения необходимости вмешательства.

По модели Н. Роупер МС совместно с пациентом последовательно оценивает его возможность в удовлетворении 12 потребностей, устанавливая фактические и потенциальные проблемы пациента. Модель предусматривает непрерывное проведение оценки удовлетворения потребностей пациента.

Д. Джонсон считает, что для определения направленности МС вмешательства надо оценить состояние пациента относительно каждой подсистемы, которое осуществляют в два этапа: определяют нарушение равновесия в какой-либо подсистеме; определяют причины этого нарушения (структурные или функциональные) (табл.4.4).

Подсистемы поведения по Д. Джонсон

Подсистема	Мотивы поведения
Достижение (выполнение)	Контроль над самим собой и своим окружением
Присоединяющая (устанавливающая)	Близкие взаимоотношения с другими людьми
Агрессивная	Самозащита от угрозы, самоутверждение
Зависимая	Зависимость от других
Выделительная	Выделение продуктов жизнедеятельности
Пищеварительная	Поддержка целостности организма, состояние телесного удовольствия
Сексуальная	Сексуальное удовлетворение

К. Рой указывает на то, что при обследовании пациента, прежде всего, следует установить эффективные способы адаптации в тех случаях, когда его поведение дает повод для беспокойства. МС поочередно изучает их в пределах четырех названных систем, затем определяет очаговые, ситуационные и остаточные раздражители, а также потребность в своем вмешательстве. Она определяет степень влияния этого раздражителя на поведение пациента, то, что является раздражителем для одного, на другого не оказывает влияния (табл.4.5).

Таблица 4.5

Способы адаптации и проблемы, возникшие у пациента в результате адаптации

Способ адаптации	Проявление
Физиологический	Гиперактивность, усталость
Физиологический	Гиперактивность, усталость Нарушение аппетита, рвота, запор, понос, обезвоживание, отеки Дефицит кислорода (гипоксия), избыток кислорода Шок Сонливость, бессонница Лихорадка, гипотермия снижение умственной деятельности, чрезмерная умственная деятельность нарушение гормонального равновесия
Я - концепция	Физическая усталость Чувство вины, тревоги, беспомощности, социального освобождения, агрессии
Роль - функция	Чувство неудачи, конфликтность
Взаимозависимость	Чувство отчуждения, отторжения, соперничества, одиночества, доминирования самовыражения

М. Аллен направление сестринского вмешательства видит как интерактивное взаимодействие между личностью пациента, его семьей, МС и средой при активном участии самого больного человека.

По мнению автора Д. Орэм вмешательство МС должно быть направлено на выявленный дефицит самостоятельности пациента в уходе и его причины. Причинами неполноты ухода могут быть: отсутствие знаний МС, неумение выполнять отдельные действия по уходу за самим собой пациента, непонимание важности ухода. Автор этой модели связывает «непонимание» с уровнем и стадией развития, а также с прошлым жизненным опытом пациента. Д. Орэм считает, что для решения вопроса о необходимости сестринского вмешательства МС должна:

- определить уровень требований самого пациента к уходу за ним;
- оценить возможности человека удовлетворить эти требования;
- оценить возможности безопасности осуществлять уход самостоятельно;
- оценить возможности восстановления ухода в будущем. Д. Орэм считает, что, только определив требования и возможности пациента к самостоятельному уходу, можно принимать решение о планировании ухода.

АСМ-модель указывает направление сестринского вмешательства на удовлетворение потребностей, согласно сестринскому диагнозу и назначениям врача, оценку жизненного опыта с позиции потенциальных возможностей для роста доступных знаний и ресурсов [41,44-46; прил.11; эл.рес.2,3].

5. Способы сестринского вмешательства

При применении врачебной модели ухода способы сестринского вмешательства также направлены на «приведение того, что остро нуждается, в хорошее состояние» (Бертон, 1985). Выбор способа, как правило, зависит от опыта врача, и «набор» сестринского вмешательства практически одинаков для различных пациентов, имеющих одно и то же заболевание.

В. Хендерсон считает, что сестринский уход должен быть связан и с лекарственной терапией, и с процедурами, назначаемыми врачами, при этом для осуществления сестринских вмешательств может потребоваться участие членов семьи пациента.

Н. Роупер указывает на то, что после того, как МС обсудила с пациентом цель ухода, она выбирает способы вмешательства, направленные на удовлетворение потребностей. Это может быть расширение степени подвижности, уменьшение тревоги, обучение навыкам общения, самостоятельного ухода и т.д.

Д. Джонсон предлагает четыре направления сестринского вмешательства:

- контроль или ограничение поведения какими-то рамками;
- защита от угроз и других факторов, вызывающих стресс;
- торможение (подавление) неэффективных реакций;
- стимулирование к изменению поведения, партнерство, помощь в виде опеки.

К. Рой считает, что вмешательство МС должно быть направлено на раздражители, находящиеся за пределами уровня адаптации пациента, чтобы изменить их, или чтобы они оказались в пределах уровня адаптации. Возможно и расширение уровня адаптации, дающего возможность пациенту справиться с имеющимися раздражителями, предлагается использовать сестринские вмешательства в основном при очаговых раздражителях.

М. Аллен предлагает способом вмешательства МС использование жизненного опыта пациента как побудительного мотива к действиям по укреплению здоровья через преодоление и развитие.

Д. Орэм выделяет шесть способов сестринского вмешательства:

- делать что-либо за пациента;
- руководить пациентом, направлять его действия;
- оказывать физическую поддержку;
- оказывать психологическую поддержку;
- создавать среду для обеспечения самостоятельного ухода;
- обучать пациента (или его родственников).

Предлагая эти шесть способов помощи, Д. Орэм предполагает, что пациент хочет и может играть ту или иную роль, стремясь обеспечить уход самостоятельно, т. е. больной

человек должен быть готов получить помощь МС. Кроме способов, Д. Орэм определяет три системы помощи:

- полностью компенсирующая помощь - применяется в случаях, когда пациент находится в бессознательном состоянии, либо ему нельзя двигаться, или он не способен к обучению;
- частично компенсирующая – применяется по отношению к пациентам, временно утратившим способность осуществлять отдельные аспекты ухода за собой;
- консультативная (обучающая) помощь применяется при необходимости обучения пациента (родственников) навыкам ухода.

АСМ–модель предлагает способы сестринского вмешательства, направленные на удовлетворение потребности по сестринскому диагнозу, лекарства, АФК или резилиенс - гимнастику, контроль поведения пациента, обучение в «Школе опеки» [19,23,46; эл.рес.1,6-8].

Организация «Школы опеки» для обучения и обеспечения ухода на дому является новой формой труда МС патронажной в команде ВОП. Ее труд сочетает в себе трехэтапный механизм применения новых сестринских технологий, базирующихся на особой организации труда.

Качественный труд МС при оказании медицинской помощи обеспечивается присутствием 4 факторов труда:

- *человеческого фактора* – квалифицированный сотрудник желает работать в должности МС патронажной, обучен технологиям и стандартам, выполняет должностные инструкции, активно устраняет возникшие проблемы;
- *организационного фактора* – на рабочем месте МС имеются описание технологий, стандарты, должностные инструкции, регламент взаимодействия данной должности с работниками команды ВОП и подразделениями ОЗ;
- *технического фактора* – рабочее место оснащено всем необходимым для выполнения функций данного работника;
- *фактор времени* – работник наделен достаточным временем для выполнения своих функций и технологических процессов на уровне, соответствующем стандартам.

6. Роль МС

Врачебная модель. Роль сестринского персонала сводится к роли «помощника» врача, «при враче». Д. Холл (1983) утверждала, что МС ни в коем случае «не следует пытаться разрушать крайне необходимую работу врачей», но в то же время им не следует рассматривать себя в качестве «ассистентов врачей». Усилия сестёр, утверждает Д. Холл, направленные на улучшение стандартов ухода, должны рассматриваться как положительные.

В работах Фолкнер (1985) говорится, что врачебную модель нужно заменить сестринским процессом, используемым в Европе в настоящее время. Однако сам по себе процесс не дает МС необходимых знаний о человеке, его потребностях и проблемах, связанных со здоровьем, хотя и предусматривает обследование пациента, оценку его состояния, определение целей и вмешательств (планирование), оценку результатов ухода. В то же время сестринский процесс указывает, что должно быть в центре внимания деятельности МС при уходе – удовлетворение проблем пациента. В настоящее время используется в Латвии, Грузии, Польше, Германии.

Роль МС представлена В. Хендерсон двояко. С одной стороны, МС - самостоятельный и независимый специалист в системе здравоохранения, поскольку выполняет те функции, которые не может выполнить пациент, чтобы чувствовать себя достаточно независимым. С другой стороны – это ассистент и помощник врача, выполняющий его назначения. Появление нового специалиста – помощника врача по амбулаторно-поликлинической помощи (Пвр), разрешает это противоречие, а применение сестринского процесса и его документирования в ряде стран Европы указывают на его целесообразность.

Роль МС в системе здравоохранения автор данной модели Н. Роупер видит как независимую, зависимую и взаимозависимую. Независимая роль заключается в оценке МС (совместно с пациентом) его состояния, планировании, осуществлении сестринских вмешательств и оценке результатов предоставленного ухода. Зависимая роль — помощь врачам при выполнении тех или иных процедур, а также назначений лечащего врача. Взаимозависимая роль — работа в составе бригады других специалистов.

Роль МС, по мнению Д. Джонсон, является дополняющей по отношению к роли врача, но не зависит от нее. МС отведена роль специалиста, восстанавливающего равновесие поведенческих подсистем пациента во время психологического или физического кризиса.

К. Рой полагает, что в отличие от врачей, сосредоточивших свое внимание на биологических (анатомических и физиологических) системах, роль МС - способствовать адаптации человека в период здоровья и болезни: благодаря воздействию на очаговые раздражители они попадают в зону адаптации.

М. Аллен предлагает познавательную стимулирующую роль МС, дополняющую поиск потенциальных возможностей для роста и доступности знаний и ресурсов пациента (семьи).

Автор модели ухода Д. Орэм определяет ее как дополняющую к возможности пациента осуществлять уход за собой самостоятельно. Сестринское вмешательство позволяет человеку сохранить здоровье, справиться с последствиями травмы или болезни.

АСМ-модель указывает на значительное разнообразие роли МС в уходе за пациентом: зависимую, не зависимую, взаимно-зависимую, индивидуальной адаптации, дополняющую и стимулирующую (табл. 4.2).

7. Оценка качества и результатов ухода

При применении врачебной модели итоговая оценка качества и результатов ухода не обязательна, но если она проводится, определяется степень успеха при устранении (уменьшении) нарушений в той или иной физиологической системе или анатомическом органе.

По модели ухода В. Хендерсон можно окончательно оценить результаты и качество ухода только тогда, когда удовлетворены все фундаментальные потребности, в отношении которых было предпринято сестринское вмешательство.

Н. Роупер предлагает критериями оценки качества и результата ухода считать степень удовлетворения каждой потребности, а они все поддаются наблюдению, в соответствии с поставленными целями. В случае, если желательный результат ухода не достигнут, МС совместно с пациентом пересматривает и цели, и предполагаемые вмешательства.

Д. Джонсон полагает, что можно оценить результаты ухода в пределах какой-то подсистемы по поведению пациента, вызванному теми или иными структурными изменениями. Кроме этого, в случае, если ожидаемые результаты связаны с изменениями окружающей среды, иное поведение может быть обусловлено вмешательством МС в связи с функциональными изменениями. Если сестринское действие не привело к ожидаемому результату (цели), вновь формулируются новые цели и новые вмешательства.

К. Рой – при оценке качества ухода МС и пациент обращают внимание на положительные сдвиги в том или ином способе адаптации.

М. Аллен – фокусирование на приобретении навыков и компетентности в укреплении и сохранении здоровья пациента посредством открытого общения, демонстрации преимуществ знания, поощряющее поведение МС при освоении навыков.

Д. Орэм считает, что оценка качества ухода должна заключаться, прежде всего, с точки зрения возможности пациента и его семьи в последующем осуществлять уход самостоятельно. Даже в том случае, если сестринское вмешательство из полностью компенсирующей системы перешло в частично компенсирующую фазу, поддерживающую пациента при уходе за собой, можно считать сестринское

вмешательство эффективным. Таким образом, сестринское вмешательство может быть направлено на расширение возможностей самостоятельного ухода, так и не изменение потребностей в нем. Д. Орэм называет эти изменения выздоровлением.

АСМ—модель в оценке качества и результатов ухода предлагает руководствоваться всеми оценками, предложенными авторами (В. Хендерсон, Н. Роупер, Д. Джонсон, М. Аллен, К. Рой, Д. Орэм) по ситуации, но основываясь на салютогенном* поведении семьи [24,25]. Стимулирование семьи пациента на поиск возможностей по самостоятельному изменению неблагоприятных обстоятельств пациента через помощь общества (ТЦСО, БОКК, Церковь, благотворительные фонды) [17,55] в поддержании социальной компетентности, самостоятельности, внутреннего локуса контроля (поиск причин в себе), деятельности в этом направлении с оптимизмом, не доводя до социального расследования.

Предложенная интегративная адаптационно-ситуативная модель сестринского ухода за пациентом имеет ряд преимуществ, перед вышеописанными моделями (табл.4.6).

Таблица 4.6

Преимущества и недостатки адаптационно-ситуативной модели сестринского ухода

Преимущества	Недостатки
Быстрое достижение высокой квалификации	нет
Постоянный контингент для небольшого штата работников	нет
Упрощение обмена информацией с ВОП и Пвр	нет
Возможность для пациента обсудить проблему с МС	нет
Удовлетворение от качественного выполнения сиюминутных и отсроченных потребностей пациента	нет
Доступный для контроля процесс ухода с применением вкладыша с сестринским диагнозом и электронным листом учета медикаментов и перевязочного материала	нет
Ознакомление общества с новой ролью МС в системе здравоохранения	нет
Оснащенность кабинета МСОП и ее сумки для визитов на дом, программное обеспечение сестринского процесса в уходе на дому	Недостаточное программное обеспечение сестринского процесса в уходе на дому, отсутствие документирования сестринского процесса (протоколов по уходу) в электронной форме (приложения) [54]
В основе документационного цифрового обеспечения ведения ЭМК лежит картирование сестринского процесса	Предстоит внедрение в практику работы команды ВОП
Применение нового принципа ориентации ухода на потребности пациента	нет

Рекомендации по использованию различных моделей сестринского ухода

«В рамках Европейского регионального бюро ВОЗ сестрам, планирующим применение сестринского процесса, рекомендуется использовать модель, учитывающую физиологические, психологические и социальные потребности» (пациента и его семьи — *прим. авт.*). Преимуществом использования модели ВОЗ является перенос акцента сестринской помощи с аспектов болезни на аспекты здоровья. «В целях оказания помощи

отдельным людям, группам лиц и населению с различным состоянием здоровья сестры производят оценку физиологических, психологических и социальных аспектов здоровья человека в отношении его потребностей:

- в самопомощи - что может сделать человек для удовлетворения собственных медико-санитарных потребностей (стационар дневного пребывания);
- в помощи на дому – что может сделать семья или другие люди для удовлетворения медико-санитарных потребностей человека (стационар на дому);
- в профессиональной помощи пациенту – какой вклад может внести МС в оказание помощи человеку.

Самостоятельная помощь (самообслуживание, самоуход) необходима человеку для осуществления им ежедневной деятельности, оказывающей влияние на здоровье и благополучие. Как правило, человек заботится о себе «добровольно» и не нуждается в профессиональной помощи. МС должна уметь определить, когда пациент сможет возобновить самообслуживание, и поощрять его к этому через методы медицинской реабилитации, чему способствует адаптационно-ситуативная модель ухода и необходимость выполнения п.4.4.2. «Плана мероприятий (дорожной карты) по реализации Концепции развития сестринского дела в Республике Беларусь на 2021-2025 годы».

Помощь на дому (патронажное, попечительское обслуживание) - «вид помощи, которая оказывается человеку на дому его родственниками, друзьями или знакомыми». МС и Пвр отводится роль вовлечения волонтеров в такой вид помощи из числа окружения и знакомых пациента.

Лица, страдающие ХНИЗ, пациенты-инвалиды могут находиться дома, помощь им способствует проявлению заботливого отношения людей друг к другу. Роль МС сводится к консультациям, обучению самообслуживанию и медицинской реабилитации в соответствии со стратегией (табл.4.1).

Профессиональный уход – помощь, требующая профессиональных знаний и оказываемая как в больничных организациях, так и на дому. Для этого необходимы МС разных специальностей, наиболее востребованы хирургические навыки и акушерки, сопровождаемые дружелюбным взаимодействием с пациентом при уходе.

Применение в практике работы МС адаптационно-ситуативной модели сестринского ухода потребует разработки приложения и введения в электронную карту пациента компьютерной программы наблюдения за пациентом на дому (электронной версии протокола ухода при разных проблемах пациента) согласно сестринскому процессу.

В Республике Беларусь основу централизованной цифровой системы здравоохранения формирует комплексная система электронных медицинских карт (ЭМК). Несколько лет их использования в амбулаторно-поликлинических организациях позволили установить, что цифровые технологии положительно влияют на опыт пациентов и на деятельность врачей, Пвр и МС.

Для пациентов система ЭМК позволяет контролировать сведения о состоянии здоровья; сокращать неэффективные посещения врача. Например, с целью получения рецепта при наличии хронического заболевания и необходимости постоянного приема лекарственных препаратов может быть сокращено число врачебных консультаций до 20%; уменьшена потеря или ошибочное толкование персональных данных; повышение личной грамотности пациента в отношении здоровья. В целом, это поднимает престиж, приближает к персонализированной медицине и повышает информированность о возможностях цифровизации и успехах здравоохранения; пациент получает упрощенный доступ к медицинским консультациям с помощью мобильных технологий.

Внедрение удаленного мониторинга будет расти, за период с 2019-2025 гг. ожидается рост проникновения «умных гаджетов» на 28% . Таким образом, пациенты становятся активными участниками ПМП, а также имеют возможность оценивать качество обслуживания.

Для Пвр, МС система ЭМК предоставляет объективную и надежную информацию о пациентах на всех этапах жизни, как это рекомендовано на Европейской министерской конференции ВОЗ (Минск, 2015). Это доступ к рабочему месту с любого устройства, независимо от места нахождения; система поддержки принятия решений в клинической практике; увеличение сроков общения для личных консультаций пациентов; сокращение времени на поиск информации о нем; автоматическая подготовка отчетных документов; возможность консультаций на расстоянии, обостривших актуальность в период пандемии COVID-19.

Все данные о пациенте заносятся в его ЭМК, хранящуюся на удалённом сервере в облаке. Сведения о пациенте включают: историю болезни; точные даты и характер травм, манифесты заболеваний и вакцинаций (без путаницы со слов пациента, появляющейся с годами, что важно для диагностики, прогнозов течения). Практика борьбы с пандемией COVID-19 показала рост роли искусственного интеллекта в связи с его ключевым местом в ускорении диагностики при анализе снимков грудной клетки, прогнозного моделирования, разработке вакцин. Предстоит создание электронного приложения с версией протоколов ухода при различных проблемах пациента согласно сестринскому процессу.

В ЭМК содержится предсказание рисков заболеваний для потомков; различные снимки (рентгенологические, КТ, МРТ, фотографии и т.д.); результаты анализов; кардиограмм и др. инструментальных методов; сведения о лекарствах и реакциях на их прием; видеозаписи оперативных вмешательств и любую иную клиническую и административную информацию.

Доступ к этим персональным, защищённым данным получают авторизованные медики в разных клиниках, что позволяет оптимизировать рабочий процесс клинициста, оперативнее ставить точные диагнозы, планировать более правильное и своевременное лечение.

Для Пвр или МС облегчается выбор необходимого алгоритма и безопасности при сестринском процессе и купировании секундных проблем без вреда для пациента с отягощением коморбидностью. Они могут получить доступ к лабораторно-диагностическим и инструментальным исследованиям на удалении от АПО, воспользоваться расширенной информацией для принятия срочных решений (консультацию ВОП) и формирования гибких ответных мер в отношении выявленных проблем.

Достоинством для руководителя ОЗ тактического уровня управления являются более эффективные механизмы финансового контроля; сокращение расходов на медицинские услуги и лекарства; снижение рисков коррупции [26,34,37].

В целом, цифровые технологии в АСМ-модели могут привести к увеличению продолжительности жизни за счет роста доступности и качества медицинского ухода за нуждающимися пациентами, поддержки клинических решений и диагностики.

Исследования, проведенные в европейских странах в 1970-2010 гг., определили три идеологии сестринского дела: ремесленническую, профессиональную и опекунскую. В Республике Беларусь преобладает ремесленническая идеология по отношению к роли МС в оказании помощи пациенту, которая после преодоления пандемии COVID-19 начнет изменяться на профессиональную модель и, совместно с социальными работниками, опекунскую, развиваемую в АСМ-модели.

Алгоритм осуществления АСМ-модели следующий:

1. Согласно стратегии сестринского ухода (табл.4.1) выполнение информационной, интерпретационной, совещательной функций.
2. Постановка целей (кратко - и долгосрочной).
3. Определение степени нуждемости пациента в постоянном уходе. См. схему Лаутона-Бартела (прил. 1) или Кропаниной Л.И. (прил. 6).

4. Консультация пациента (гериатрический осмотр) совместно с ВОП для выработки индивидуализированного плана наблюдения и ухода [прил.1,7-10].
5. Определение клинико-реабилитационной группы пациента [2,14,59] с помощью инструментария ICOPE (ВОЗ,2019) (табл.2.1.) (прил.17).
6. Выполнение этапов сестринского процесса, согласованного с ВОП медикаментозного лечения и вспомогательных мероприятий.
7. По мере необходимости или периодически интерпретационное консультирование пациента и родственников об эффективности ухода с элементами социальной фасилитации* [24,33,54; прил.13].
8. Анализ достижения краткосрочных целей, прогресс в достижении долгосрочных целей.
9. При необходимости (по согласованию с ВОП) – инициирование через ТЦСО населения социального расследования*.
10. Стимулирование салютогенного поведения семьи*.

В выступлениях на научной конференции в Эдинбургском университете (1982) М. Аллен выделила дополняющую функцию МС в модели сестринского дела. Она сказала: «...модель может применяться повсеместно...позволяет медицинским сестрам полностью реализовать свой потенциал и свою роль в системе здравоохранения, не заменяя работу других специалистов, таких как врачи, социальные работники и т.д., а лишь дополняя ее. Модель помогает семьям успешно справляться с различными проблемами, возникающими на протяжении всего жизненного цикла семьи и связанными со здоровьем».

Вывод М. Аллен позднее развивается в адаптационно-ситуативной модели современности, объектом которой является семья, ориентированная жизненным укладом на укрепление здоровья, сохранять которое помогает МС через обучающее сотрудничество на основе личной заинтересованности и участия пациента. Формирование здоровой семьи за все время ее существования не только создает ответственное и благоприятное для обучения поведение семьи, но важно для всего общества, в чем и состоит вклад сестринского дела в общественное здоровье. Сотрудничество МС и семьи пациента с помощью совместного обучения укреплению здоровья в «Школе пациента» носит характер социального обучения на примере поведения других членов семьи, жизненного опыта и ориентировано на потенциал в обучении здоровому образу жизни в противовес ограничениям болезни.

Потенциал технологии цифровизации и искусственного интеллекта в сестринском деле только начинает реализовываться, его внедрение целесообразно продолжить для нужд практического здравоохранения, в первую очередь – в системе первичной медицинской помощи и для обучения средних медицинских работников. Однако не стоит преуменьшать роль общения Пвр (МС) с пациентом на основе коллегиальной модели взаимодействия на основе правил «4 Е» - диалоге, сочувствии, образовании, мотивации пациента на заинтересованность в выздоровлении). Цифровизация и искусственный интеллект никогда не смогут полноценно заменить живое тепло человеческого общения.

В зависимости от выполняемых задач, АСМ-модель будет способствовать планированию методов лечения и ухода, оперативному решению вопросов Пвр и МС по определению текущего состояния организма конкретного пациента на операционном уровне; выявлению причин возникновения заболеваний и мероприятий для преодоления проблемы; прогнозированию состояния конкретного человека в будущем.

АСМ–модель соответствует современному этапу развития медицинской помощи и становится переходной для интегрированной медико-социальной помощи с применением технологий цифровизации в сестринском деле и нормирования труда Пвр.

В настоящее время разработаны нормы времени для Пвр на приеме (4 чел/час, т.е. 15 мин.) и на визите на дом (патронаже) (2 чел/час., или 30 мин. с учетом времени на дорогу), имеющих незначительное отличие от норм ВОП при работе с взрослым

населением. Они составляют 18 мин при первичном осмотре и 13 мин. для профилактического осмотра (в АПО или на выезде).

Таким образом, научная организация труда МС позволяет наилучшим образом обеспечить использование материальных и трудовых ресурсов, систематизирует безопасные приемы и алгоритмы технологий сестринской деятельности, предоставляет условия для ее творческой инициативы [19,3536-38,48,51,52,56,58,61,64,69].

Внедрение НОТ способствует личностному и профессиональному развитию МС и Пвр, повышает их самооценку, уверенность в себе, стабилизирует производственные отношения, снижает уровень профессиональных стрессов, утомления [1,12,31,81].

В рамках развития сестринского дела, рекомендуемого нормативными актами [36-38,41,42,47,58], предстоит постепенное изменение роли и места МС в осуществлении новой адаптационно-ситуативной модели сестринского ухода как современной профессиональной модели, интегрирующей достижения медицины и электронного здравоохранения, что возможно при освоении нового вида деятельности – сестринского процесса.

Адаптационно-ситуативная модель сестринского ухода содержит компоненты взаимодействия МС и пациента на основе знаний, доверия и уважения. Потенциал предложенной модели на основе стратегии сестринского ухода с целью сохранения самостоятельности пациента включает применение навыков компетентности на основе жизненного опыта человека, выявления МС ресурсов с помощью наблюдения, диалога, ощущений пациента и обсуждения; использования МС поощряющего поведения пациента информированием, фокусированием на силах, доступности, диалоге, признании чувств пациента. Достоинством является ознакомление общества с новой ролью МС в системе оказания первичной медицинской помощи.

ВОЗ не исключает использования других моделей для организаций здравоохранения при рекомендуемой устаревшей модели В. Хендерсон. Любая модель ухода за пациентом непостоянна, может изменяться, отражая взгляды, практическую деятельность, технологическое оснащение труда МС и задачи сестринского ухода на определенном отрезке времени. Сиюминутные потребности могут быть учтены при непрерывном наблюдении за состоянием пациента профессионально обученной МС, применяющей сестринский процесс в форме ЭМК. Адаптационно-ситуативная модель ухода за пациентами учитывает современный уровень технической оснащенности работы МСОП и Пвр и применение электронного здравоохранения.

Технические аспекты ухода за пациентами на дому с применением шкал

Используемые в практике работы команды ВОП шкалы Лаутона и Бартела (прил1) позволяют быть эталонной мерой быстрого обследования и наиболее удобным в работе МС и эрготерапевтов, позволяя без затруднений определить состояние пациента, не прибегая к длительному комплексному обследованию.

Контингент пациентов для оценки возможности по листу индивидуальной оценки выполнения элементарной и сложной деятельности по уходу:

- лица старше 75 лет;
- инвалиды I и II групп;
- категория лиц, признанная судом недееспособными;
- участники и инвалиды Великой Отечественной войны, в том числе лица, пострадавшие от последствий войн;
- пациенты с онкологическими заболеваниями 4 клинической группы;
- одинокие пожилые неработающие;
- в случаях невозможности пациента из-за ограничения (отсутствия) способности к самостоятельному передвижению и/или самообслуживанию, обусловленной заболеваниями, последствиями травм или дефектами;
- в иных случаях по назначению врача.

История разработки и применения в практической деятельности МС при уходе за пациентами шкал Бартела и Лаутона начинается с 1955 г. Именно тогда индекс был предложен Доротеей Вероникой Бартел (Dorothea Barthel) и его использование начато в Monteblo State Hospital в Балтиморе. Все пациенты, получавшие здесь реабилитационную помощь, обязательно оценивались с помощью данного индекса.

Д.В. Бартел (1911-2003 г.) родилась в Нью-Йорке, в рабочей семье. После завершения обучения в школе она устраивается санитаркой в местную больницу, получив назначение на работу в палату для тяжелобольных. За отличную работу спустя год получает звание медсестры, проходит специализацию в больничном центре подготовки кадров, подтверждая полученное звание. После нескольких лет работы медицинской сестрой Доротея начинает наблюдение за больными, выявляя закономерности их поведения, пытаясь распределить их по категориям для облегчения работы больничного персонала, не имевшего опыта подобной работы. Это постепенно превращается в регулярные записи о поведении, характере, поступках и стандартных просьбах пациентов. Бартел заносит в дневники абсолютно все детали, связанные с проявлением активности больных, систематизирует, классифицирует, объединяя полученные материалы в серию 20 очерков о жизнедеятельности больных. Каждая серия посвящена одной из степеней тяжести состояния пациента, варьируя от «Крайне удовлетворительного состояния» до «Крайне неудовлетворительного положения». Ею создана «Шкала жизнедеятельности больного» состоящая из нескольких пунктов, позже этот индекс станет известен как «Оценочная шкала Бартела», используется до настоящего времени, сокращает время обследования.

Определение «Индекса Бартела» связывают с доктором Флоренс И. Махони, с которой в 1965 г. они совместно описали эту меру, как «Простой показатель независимости, полезный для оценки улучшения реабилитации хронически больных».

Традиционно индекс состоит из десяти критериев, однако, реже можно встретить шкалу, в которой будет восемь пунктов.

Прием пищи – критерий является показателем того, может ли больной человек принимать пищу без посторонней помощи, либо с использованием каких-либо устройств.

Персональный туалет – показатель дееспособности пациента в ванной комнате, показывающий, может ли пациент самостоятельно умываться, чистить зубы и приводить себя в порядок, не прибегая к помощи медицинского персонала.

Одевание – пункт призван проверить, может ли больной одеваться без посторонней помощи, надевать нижнюю и верхнюю одежду самостоятельно.

Прием ванны – критерий указывает на уровень самостоятельности пациента в вопросах гигиены при помывке и приведении себя в порядок.

Контроль тазовых функций – критерий отвечает за способность больного человека самостоятельно и полноценно посещать туалет и испражняться, не прибегая к посторонней помощи.

Посещение туалета – этот пункт призван проверить, может ли пациент самостоятельно добираться до туалета и пользоваться техническими устройствами туалетной комнаты.

Вставание с постели – критерий отвечает за способность пациента самостоятельно подниматься с постели без посторонней помощи.

Переход с кровати на стул – показатель дееспособности пациента в отношении сложных передвижений, показывающий, может ли человек самостоятельно подниматься с кровати и садиться на стул, а также выполнять обратную манипуляцию, может быть опасной при выполнении, подробнее технология помощи МС выше.

Передвижение – критерий, отвечающий за самостоятельное передвижение физически ослабленного больного, показывающий, может ли он самостоятельно передвигаться по палате или квартире.

Подъем по лестнице – этот пункт показывает, необходима ли пациенту помощь в передвижении по лестнице, или же он может справляться без посторонней помощи.

Каждый из этих критериев оценивается по 15-балльной шкале. Чем выше балл, тем самостоятельнее пациент, а чем ниже, тем больше он нуждается в уходе постороннего человека (подробнее – гл.2).

Изначально шкала Бартела (индекс Бартела) использовалась только для внутрибольничных консультаций молодых санитаров, получавших ее как памятку по уходу. Позже ее стали применять и в других больницах, что способствовало быстрому распространению в системе здравоохранения. Своей популярностью шкала Бартела обязана простоте, удобству в использовании, почти стопроцентной точности. С 1958 г. было зафиксировано всего около десяти случаев, когда индекс Бартела исчислялся неверно.

Индекс Бартела построен по скрининговому методу, позволяющему оценить состояние пациента быстро, без первичных полноценных медицинских обследований, доступен неспециализированному медицинскому персоналу (прил.1,6).

Помимо первичного обследования, при помощи индекса Бартела можно осуществлять мониторинг состояния больного на протяжении всего его нахождения в ОЗ, или при уходе на дому.

Обычно состояние больного оценивается по шкале Бартела сразу же после поступления в ОЗ. На основе результатов, полученных в ходе исследования, принимаются решения о дальнейшей госпитализации и лечении пациента. Наибольшую популярность индекс Бартела завоевал среди представителей медицинской психиатрии и работников реабилитационных центров, так как описанные в ней показатели человеческой активности могут быть использованы и как критерии психологического здоровья человека. Также шкала самообслуживания служит прямым показателем того, насколько пациент абстрагирован от социума и нуждается в реабилитации.

Изучалась и доказана высокая надежность теста (тест-ретестовая, межрейтинговая), а также его чувствительность: динамика оценки в 4 и более баллов (в случаях, когда максимальным баллом является 20) может считаться существенной, тогда как изменение оценки менее чем на 4 балла возникает чаще в связи с ошибкой измерения. Недостаток теста в том, что он нечувствителен к небольшим изменениям в состоянии клиента.

До появления индекса Бартела в медицинской практике активно использовалась шкала Лаутона. Несмотря на кажущуюся схожесть двух оценочных индексов, между ними есть одно принципиальное различие: шкала Лаутона создана для оценки *только физических* возможностей пациента, тогда как индекс Бартела позволяет оценить и его *психологическое* состояние.

Шкала Лаутона – это шкала оценки возможности выполнения сложных действий и предназначена для определения:

- зависимости от любой посторонней помощи (физической, словесной, присмотра);
- возможности самостоятельно удовлетворять свои основные жизненные потребности;
- степени индивидуальной зависимости и расчета её продолжительности;
- потребности в посторонней помощи, а также причин, которые ее вызывают.

Используются шкалы Лаутона-Бартела (для ЭКП) с проверки навыков и умений пациента на:

- использование телефона;
- передвижения на расстоянии, куда нельзя дойти пешком;
- мелкие покупки в магазине;
- приготовление пищи;
- ведение домашнего хозяйства;
- досуг, в том числе рукоделие;
- стирку;

- прием медикаментов;
- использование личных финансов (прил.1,6,7-10).

В практической деятельности для работы на участке ВОП используется следующая модификация шкал Лаутона и Бартела. Тест прост, понятен, заполнение опросника требует от МС обычно не более нескольких минут, может выполняться путем расспроса больного или при непосредственном контакте с ним, а также путем наблюдения за пациентом. Оценка уровня повседневной активности производится по сумме баллов, определенных у больного по каждому из разделов теста. При заполнении листа необходимо придерживаться следующих правил: 1. Основная цель тестирования - установить степень независимости от любой помощи, физической или вербальной, как бы ни была помощь незначительна и какими причинами не вызывалась. 2. Необходимость присмотра означает, что больной не относится к категории тех, кто не нуждается в помощи (больной не независим). 3. Уровень функционирования определяется наиболее оптимальным для конкретной ситуации путем расспроса больного, его друзей/родственников, однако важны непосредственное наблюдение и здравый смысл. Прямое тестирование не требуется. 4. Обычно оценивается функционирование больного в период предшествовавших 24-48 часов, однако иногда обоснован и более продолжительный период оценки. Суммарный балл – 70. Показатели 0-55 баллов – рекомендовано отнесение к патронажной группе. 56-70 баллов – рекомендовано отнесение к патронажной группе.

Важно! Соотношения между качеством жизни пациента и степенью повреждения может и не существовать. Пациенты с одним и тем же диагнозом могут отличаться друг от друга по степени нарушения функций. Даже со схожей степенью нарушения функций пациенты могут иметь различную степень психической и социальной независимости и адаптации к жизни (различную степень удовлетворенности жизнью). Для оценки состояния пациента и эффективности социальных реабилитационных мероприятий необходимо проведение исследований на всех уровнях функционирования организма человека.

Шкалы и опросники часто носят смешанный характер: пункты, отражающие самообслуживание и мобильность, включают в шкалы, измеряющие преимущественно анатомические и физиологические параметры, либо нарушения бытовой жизнедеятельности отражены в тестах, оценивающих ролевые ограничения, возможности клиента и т.д. (прил.6-9).

Обобщенная оценка состояния пациента до сих пор обсуждается. Наиболее общая точка зрения, что инструмент должен отражать, по крайней мере, пять основных разделов: физическое здоровье, психическое здоровье, уровень независимости в повседневной жизнедеятельности, социальное здоровье и экономическое функционирование (обеспечение).

С учетом новых открытий в области медицины, психологии, этики предстоит осмысление деятельности Пвр и МС и обучение их применению современной адаптационно-ситуативной модели сестринского ухода. За основу электронного приложения по документированию сестринского процесса целесообразно принять клинические протоколы по уходу при различных проблемах пациента в соответствии с требованиями сестринского процесса.

Роль МС и Пвр при наблюдении за пациентами, нуждающимися в уходе, на участке ВОП базируется на адаптационно-ситуативной модели ухода с расширением функций и полномочий согласно сестринскому процессу в рамках поддержки и укрепления инновационных практик в сестринском деле согласно Цели №2 кампании МСМС «Сестринское дело сейчас».

Резюме. Ключевое изменение подходов, при котором пациенты получают больше полномочий и возможностей участия в собственном лечении, является необходимой чертой здравоохранения и социальной поддержки в XXI веке.

Освоение МС и Пвр основных понятий СГО (прил.7-10,13,17) является важным компонентом практико-ориентированного дополнительного обучения.

Шкала Бартела и Лаутона является одной из самых популярных шкал оценки состояния больного. Состояние человека легко квалифицировать по специальным шкалам жизнедеятельности и физической активности. Многие известные врачи составляли подобные авторские индексы, однако шкала Бартела остается самой популярной и удобной на данный момент мерой человеческого здоровья, позволяющий с точностью до 98 % определить уровень самостоятельности пациента.

Для развития взаимодействия общества по качеству жизни пациентов на дому необходимы новые формы интегрированной помощи, развиваемые в рамках института ВОП. Участие всего населения в оказании помощи престарелым пациентам становится важной составляющей качества жизни этой категории населения.

«Уход за больным – одно из самых сложных искусств. Сострадание может победить, но только знания подскажут, что делать» – отмечала в 1925 г. первый в мире профессор по сестринскому делу Ф. Найтингейл.

Значение моделей сестринского ухода за пациентом многообразно: они необходимы для обучения МС, в практической деятельности по обеспечению сестринского процесса помогают расставлять акценты в уходе, спланировать сестринское вмешательство, улучшающее качество жизни пациента, в проведении научных исследований по возможному развитию в рамках интегрированной медико-социальной помощи.

Вопросы для саморазвития

1. Способны ли вы практически применить 3-х этапный механизм в осуществлении АСМ-модели ухода за пациентами на дому?
2. В чем состоит стратегия сестринского ухода?
3. Какова современная роль Пвр и МС в наблюдении и уходе за пациентом на участке ВОП?
4. В чем вы видите трудности в осуществлении АСМ-модели ухода за пациентами на дому?

Заключение

Направления, избранные в Десятилетие здорового старения согласно национальной стратегии «Активного долголетия – 2030», а также в Плане мероприятий (дорожной карте) по реализации Концепции развития сестринского дела в Республике Беларусь на 2021-2025 годы обязывают развивать благоприятную среду, комплексный длительный уход как форму системной адаптации государственных и общественных институтов к проблеме старения. Поддержание здоровья пожилых людей является инвестицией в человеческий капитал и способствует достижению Целей в области устойчивого развития Организации Объединенных Наций (ЦУР).

На 13-й общей Программе работы ВОЗ на 2019-2023 гг. о стратегических приоритетах и изменениях в миссии «стратегические приоритеты и цели» указано принятие мер по преодолению чрезвычайных ситуаций в области здравоохранения, что осуществляется в Республике Беларусь с 2020 г. и о чем свидетельствуют многочисленные научные исследования. В разделе Программы «стратегические изменения» помимо политического диалога, стратегической поддержки и технической помощи выделен раздел «оказание услуг», чему и посвящены разделы пособия «Обеспечение сестринского процесса в оказании медицинской помощи пациентам на дому», одинаково важный для зрелой и слабой системы здравоохранения. В качестве организационных изменений в Программе ВОЗ для нашей работы авторы взяли за основу преобразование партнерского взаимодействия, коммуникаций для усиления инструментов организации работы ОЗ и развития новых полномочий Пвр и МС на участке ВОП.

В целях повышения качества медицинской помощи и ее доступности для пожилых пациентов и лиц с ограничениями функций, для применения более современных технологий ухода на дому в Республике Беларусь, проведен анализ опыта государств Европы по осуществлению комплексной помощи (ВОЗ, 2019). Так, осуществление реформирования ПМСП привело к значимым изменениям качества и доступности в таких странах:

- Словения – инновационные подходы к обеспечению комплексных и ориентированных на нужды пациентов услуг согласно потребностям населения;
- Польша – создание многофункциональных бригад (кардиологического и онкологического профиля) с развитием новых навыков у МС и предложением бонусов по поддержке стимулирующего обращения населения с профилактической целью;
- Венгрия – решение проблемы высокого показателя госпитализации по поводу хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ), обусловившего появление специальной программы по интеграции АПО и БО с местными аналогами ТЦСО в Республике Беларусь, изданием инструкции и видеофильма. Организован амбулаторный прием пациентов с ХОБЛ пульмонологом, физиотерапевтом и диетологом, обучение медицинскими сестрами пациентов правилам использования ингаляторных устройств, курсы для МС по проблемам ХОБЛ;
- Грузия – пересмотрено финансирование всеобщего охвата услугами здравоохранения и организован учебный курс по глобальной дипломатии в области здравоохранения для специалистов общественного здравоохранения;
- Греция – разработка вариантов политики для устойчивого финансирования услуг ПМСП с грантовой поддержкой ВОЗ;
- Черногория – оценка полезного эффекта ПМСП на основе клинического руководства и протоколов;
- Казахстан – наращивание потенциала многопрофильных бригад ПМСП для профилактической работы через привлечение (мотивацию) пациентов к самостоятельной заботе о своем здоровье. Создана система мониторинга результатов лечения пациентов с гипертонической болезнью и СД 2, совершенствование функций ВОП и привлечение в

деятельность многопрофильной бригады социальных работников и психологов и других специалистов.

Опыт ряда государств (Венгрии, Греции, Грузии, Казахстана, Польши, Словении, Черногории) свидетельствует о применении важного мотивационного стимула для привлечения кадров медицинских специалистов – финансирования, включающего грантовую поддержку из международных источников.

Для повышения качества медицинской помощи в уходе на дому в Республике Беларусь необходимо финансирование в кратко- и среднесрочной перспективе стимулирующих мер по укреплению и привлечению кадров специалистов гериатрической помощи и социальных работников, усиление практической составляющей в обучении всех средних медицинских работников алгоритму действий при неотложных состояниях у пациента.

Будущее долгосрочного ухода за пациентами преклонного возраста состоит:

- в укреплении кадрового потенциала средних медицинских работников за счет выделения должности Пвр по гериатрии, консультирующих и обучающих пациентов и членов их семей приемам самообслуживания и ухода;
- применения новой адаптационно-ситуативной модели ухода на дому с использованием ЭМК пациента, картирования сестринского процесса с элементами цифровизации;
- в использовании новых педагогических функций Пвр и МС на участке ВОП [эл. рес. 1,3,6,8,9].

А. Эйнштейн считал: «Мы не можем решить наши проблемы при таком же мышлении, какое у нас было, когда мы создавали их», что актуально при рассмотрении проблем обеспечения ухода на дому за пациентами в системе ПМП.

Предложенные технологии ухода за пациентами на дому могут стать инструментом в руках профессиональных МС или Пвр-гериатрических, помогут совершенствовать качество жизни престарелых и физически ослабленных лиц, используя элементы сестринского процесса, цифровизации, деловой эффективной коммуникации, способов преодоления профессионального стресса для МС. Умом, интеллектом, руками, теплотой сердца МС возможно исправить те страхи и предубеждения, которые еще в 1859 г. были описаны Ф. Найтингейл: «Опасение, неуверенность, ожидание, надежда, страх, неожиданности приносят пациенту больше вреда, чем любое напряжение». В переводе на проблему современности: МС при уходе за пациентом на дому должны не только помочь в обеспечении жизненно важных потребностей пациента «с ним, но не вместо него», но и оказывать психологическую поддержку, используя новые достижения в области психологии и сестринского дела. Мать Тереза, настоятельница ордена сестер-миссионерок любви, считала: «Я не знаю, как выглядит рай, но я знаю, что, когда мы умрем, и придет час нашего суда, Бог не спросит нас, сколько добрых дел мы сделали. Он спросит, сколько любви мы вложили в то, что делали».

Совершенствование механизмов интегрированной медицинской помощи в форме долгосрочного ухода станет площадкой для решения проблемы здравоохранения в области предоставления медицинских и социальных услуг, фрагментированных в настоящее время. Рекомендации ВОЗ (2019) дают четкую 10-шаговую структуру интегрированного ухода, реализация которых будет осуществляться новыми организационными механизмами, ориентированными на более скоординированные формы оказания медицинской помощи.

Новыми принципами в обучении МС или Пвр по гериатрии должны стать индивидуальный подход, непрерывность, партнерство с профессиональными сообществами, применение элементов психологии делового общения, дистанционных технологий. Итогом модернизации существующей системы дополнительного профессионального образования взрослых долгосрочным стратегиям ухода за нуждающимися в нем пациентами станет существенное повышение профессионализма

кадров в области геронтологии, рост качества услуг в уходе на дому, которые последуют за счет различных стимулов. Предложенная АСМ-модель ухода на дому способствует преодолению разрыва от научных исследований к доказательной сестринской практике. Таким образом, обучение МС и Пвр определению индивидуальных потребностей и предпочтений пациента, индивидуализированный план ухода с применением новых технологий и цифровизации в форме ЭКП, координация обслуживания пациента при уходе на дому на базе ПМП являются отличительной особенностью текущего периода. Применение цифровизации в совершенствовании электронной карты пациента может стать мотивирующим фактором для того, чтобы число мужчин, работающих на должности МС, возросло с 6% до более приемлемых.


Может ли врач «избаловать» пациента? Этим вопросом начал свою лекцию для слушателей Императорской Военно-медицинской академии более 100 лет назад Е.С. Боткин, приват-доцент и лейб-медик. И дал ответ: «Добросовестный врач не может так поступить: он, как истинный друг, выслушает...войдет во все мелочи бед его, поможет ему устранить их, поднимет дух его и поддержит тело его. Врач знает, что он этим не «балует» больного, а исполняет лишь священный долг свой». Своей верностью врачебному долгу до конца страстотерпец Евгений заслужил быть причисленным в 2016 г. к лику св. новомучеников [20].

В полной мере труд рук и сердца медицинских сестер может быть отнесен к особо востребованному и необходимому части пациентам уходу на дому, это истинная независимая от врача функция, к которой много веков приближались сестры милосердия. «Все мечтают о красивой любви, но мало кто понимает, что она начинается не со слов «Я, МНЕ, МОЕ, ХОЧУ», а с вопроса: «Что я могу для тебя сделать?» (автор неизвестен).

Критерии отнесения пациента к патронажной группе
(индивидуальная оценка по шкале Лаутона и Бартела)

Критерии отнесения пациента к патронажной группе основаны на индивидуальной оценке по шкалам Лаутона и Бартела

Критерий	Индикатор	Характеристика	Балл	Критерий	Индикатор	Характеристика	Балл	
1 Способность к самообслуживанию	Прием пищи	самостоятельно	5	3 Способность к ориентации (дезорientация)	Ориентация в окружающей обстановке	полностью ориентирован	10	
		частично нуждается в помощи	3			частично дезориентирован	5	
		полностью зависим от окружающих	0			дезорientирован	0	
	Одевание	самостоятельно	5			4 Способность контролировать свое состояние здоровья, нуждаемость в помощи других лиц	Контроль АД	самостоятельно
		частично нуждается в помощи	3	с посторонней помощью	0			
		полностью нуждается в посторонней помощи	0	Прием лекарственных препаратов	самостоятельно		5	
	Посещение туалета	самостоятельно	10		с незначительной помощью		3	
		частично нуждается в помощи	5		самостоятельно принимать лекарства		0	
		нуждается в использовании судна, утки	3		не в состоянии		0	
		отсутствует контроль тазовых функций (мочеиспускание, дефекация)	0	5 Способность к общению	Использование телефона	самостоятельно	5	
Передвижение	самостоятельно	10	с небольшой помощью или набирая только хорошо знакомые номера			3		
	может передвигаться с помощью посторонней помощи в пределах 500 м	5	не может пользоваться телефоном			0		
	может передвигаться с помощью инвалидной коляски, костылей, ходунков	3	Использование Интернета		самостоятельно	5		
	не способен к передвижению	0			с незначительной помощью	3		
Переход с кровати на стул	самостоятельно	5			не может пользоваться интернетом	0		
	может сидеть, однако нуждается в помощи при переходе	3			<div>1 + 2 + 3 + 4 + 5</div> <div>0-55 баллов – рекомендовано отнесение к патронажной группе</div> <div>56-70 баллов – не рекомендовано отнесение к патронажной группе</div>			
Подъем по лестнице	не встает с постели	0						
	самостоятельно	5						
	нуждается в поддержке	3						
	не способен подниматься по лестнице даже с поддержкой	0						



На основе данных критериев формируется «Лист индивидуальной оценки» для включения в реестр патронажной группы пациентов

На основе данных критериев формируется «Лист индивидуальной оценки» для включения в реестр патронажной группы пациентов

Опросник по оценке выраженности симптомов хронической сердечной недостаточности

Оценка выраженности симптомов больных ХСН (опросник)				
Жалобы в настоящее время	Нет или только при быстрой ходьбе	При обычной ходьбе	При любой нагрузке	При всём перемещении и в покое
Одышка	1 балл	2 балла	3 балла	4 балла
Сердцебиение и или перебои	1 балл	2 балла	3 балла	4 балла
Беспокойство или слабость, утомляемость	нет или только при большой нагрузке	Возникает при или после обычной нагрузки	Не позволяет выполнять лёгкую работу по дому	Выраженная в состоянии покоя
Кровохарканье	1 балл	2 балла	3 балла	4 балла
Боли в области сердца	1 балл	2 балла	3 балла	4 балла
Боли в правом подреберье	возникают только при большой нагрузке или нет	При быстрой ходьбе, нагрузке	При значительной нагрузке, при лёгкой физической работе	При всём указанном и постоянно в покое

Примерная памятка опекуна

1. Опека устанавливается над гражданином, который вследствие психического расстройства не может понимать значения своих действий или руководить ими, и признанный судом недееспособным.

2. При восстановлении способности гражданина, который был признан недееспособным, понимать значение своих действий или руководить ими суд признает его дееспособным.

3. Опекун обязан:

- заботиться о содержании своего подопечного (приобретать продукты питания, одежду, предметы первой необходимости, предметы длительного пользования и т.д.);
- заботиться об обеспечении его уходом и лечением (осуществлять уход и надзор, обеспечивать гигиеническими и лекарственными средствами, выполнять реабилитационные мероприятия, содержащиеся в индивидуальной программе реабилитации или инвалида, рекомендации врачей, и т.д.);
- защищать его права и интересы (имущественные, жилищные, наследственные права, в том числе право на обязательную долю в наследстве, которая причиталась бы каждому из них при наследовании по закону), права на меры социальной поддержки, на материальную помощь, на алименты и иные права; получать свидетельства о правах на наследство, регистрировать права собственности на недвижимое имущество, контролировать исполнение обязанностей сторонами по договорам с имуществом подопечного и т.д.);
- заботиться о развитии (восстановлении) способности гражданина, признанного недееспособным, понимать значение своих действий или руководить ими;
- ходатайствовать перед судом о признании подопечного дееспособным для снятия с него опеки, если основания, в силу которых гражданин был признан недееспособным, отпали;
- принять имущество подопечного по описи для осуществления его хранения;
- заботиться о переданном ему имуществе подопечного, как о своем собственном, не допускать уменьшения его стоимости и способствовать извлечению доходов от имущества подопечного;
- исполнять свои функции, учитывая мнение подопечного, а при невозможности его установления - с учетом информации о предпочтениях подопечного, полученной от его родителей, прежних опекунов;
- при совершении сделок от имени подопечного, признанного недееспособным, учитывать его мнение, а при невозможности установления его мнения - учитывать информацию о его предпочтениях, полученной от его родителей, его прежних опекунов;
- при заключении сделок, обращаться в орган опеки и попечительства с соответствующим заявлением и необходимыми документами для получения предварительного разрешения органа опеки и попечительства в установленных законодательством случаях;
- предъявлять незамедлительно в суд иск об истребовании имущества подопечного из чужого незаконного владения или принимать иные меры к защите имущественных прав подопечного;
- извещать орган опеки и попечительства:
 - 1) о перемене своего места жительства;
 - 2) о перемене места жительства подопечного не позднее дня, следующего за днем выезда подопечного с прежнего места жительства;
- при временном пребывании подопечного в медицинских, социальных или иных организациях, в целях получения медицинских, социальных или иных услуг либо в целях обеспечения временного проживания подопечного в течение периода, когда опекун по

уважительным причинам не может исполнять часть своих обязанностей в отношении подопечного, не прекращать права и иные обязанности опекуна;

- ежегодно, не позднее 1 февраля текущего года, представлять в орган опеки и попечительства отчет в письменной форме. К отчету опекуна прилагаются такие документы: копии товарных чеков, квитанции об уплате налогов, страховых сумм и другие платежные документы, подтверждающие сведения о расходах. Исключение составляют сведения о произведенных за счет средств подопечного расходах на питание, предметы первой необходимости, прочие мелкие бытовые нужды.

4. Опекун вправе:

- выступать в защиту прав и интересов своего подопечного в отношениях с любыми лицами, в том числе в судах, без специального полномочия;

- распоряжаться доходами подопечного, в том числе доходами, причитающимися подопечному от управления его имуществом, исключительно в интересах подопечного и с предварительного разрешения органа опеки и попечительства. Суммы алиментов, пенсий, пособий, возмещения вреда здоровью и вреда, понесенного в случае смерти кормильца, а также иные выплачиваемые на содержание подопечного средства, подлежат зачислению на отдельный номинальный счет и расходуются опекуном без предварительного разрешения органа опеки и попечительства;

- совершать сделки от имени гражданина, признанного недееспособным, с предварительного разрешения органа опеки и попечительства;

- получать предварительные разрешения органа опеки и попечительства на совершение сделок или отказ в письменной форме не позднее чем через пятнадцать дней с даты подачи заявления о предоставлении такого разрешения;

- предъявлять требования о возмещении вреда, причиненного здоровью подопечного или его имуществу, о компенсации морального вреда, причиненного подопечному;

- обращаться в суд с иском: о признании брака недействительным (если брак заключен после признания гражданина недееспособным); о взыскании алиментов с лиц, обязанных по закону содержать подопечного; о вселении подопечного в жилое помещение, о выселении лиц, не имеющих права проживать в жилом помещении подопечного и т.п.;

- предъявлять в суде требования, связанные со сделками, совершенными подопечным (о признании недействительными сделок, совершенных подопечным до признания его недееспособным и т.д.);

- обращаться в организации, органы государственной власти и местного самоуправления, к должностным лицам:

- в случаях нарушения прав подопечного или при угрозе такого нарушения;

- в целях получения причитающихся подопечному пенсии, пособий, компенсаций;

- в целях получения подопечным медицинских, социальных и прочих услуг, как на безвозмездной, так и на возмездной основе;

- получать сведения о состоянии банковских счетов в кредитных организациях (выписки по счету, справки);

- участвовать в описи имущества подопечного, получать экземпляры описи имущества подопечного;

- получать сведения о результатах проводимых органом опеки и попечительства проверок;

5. Опекун не вправе:

- без предварительного разрешения органа опеки и попечительства совершать сделки по сдаче имущества подопечного внаем, в аренду, в безвозмездное пользование или в залог, по отчуждению имущества подопечного, в том числе по обмену или дарению, совершение сделок, влекущих за собой отказ от принадлежащих подопечному прав, разделять его имущество или выделять из него доли;

- заключать кредитный договор и договор займа от имени подопечного, выступающего заемщиком, за исключением случаев, если получение займа требуется в целях содержания подопечного или обеспечения его жилым помещением (кредитный договор, договор займа от имени подопечного в указанных случаях заключаются с предварительного разрешения органа опеки и попечительства);

- пользоваться имуществом подопечных в своих интересах.

6. Орган опеки и попечительства вправе:

- проводить плановые проверки 1 раз в 6 месяцев после принятия решения о назначении опекуна;

- проводить внеплановые проверки:

1) при поступлении от граждан и организации устных или письменных обращений, содержащих сведения о неисполнении, ненадлежащем исполнении опекунами своих обязанностей либо о нарушении прав и законных интересов подопечного;

2) при изменении места жительства подопечного.

7. Опекуны отвечают за вред, причиненный по их вине личности или имуществу подопечного.

8. Опекуны могут быть освобождены от исполнения своих обязанностей по их просьбе или при помещении подопечного в учреждения (интернат), а также в случае возникновения противоречий между интересами подопечного и интересами попечителя.

9. Опекуны могут быть отстранены от исполнения обязанностей, в случаях ненадлежащего исполнения обязанностей; нарушения прав и интересов подопечного, в том числе при использовании опеки в корыстных целях или при оставлении подопечного без надзора и необходимой помощи. Также это возможно при выявлении фактов нарушения опекунами правил об охране и распоряжении имуществом подопечного; и принять необходимые меры для привлечения виновного гражданина к установленной законом ответственности.

10. В случае смерти недееспособного предоставить копию свидетельства о смерти, в случае направления в интернат - копию путевки, в срок, не позднее 3 дней.

По вопросам опеки и попечительства в отношении совершеннолетних граждан, признанных в установленном порядке недееспособными и ограниченно дееспособными в каждом регионе существует ГУ «Территориальный центр социального обслуживания населения ... района г.».

Условия и порядок оказания социальных услуг

Социальные услуги на дому оказываются:

бесплатно – малообеспеченным одиноким нетрудоспособным гражданам (семьям);
на условиях частичной оплаты – одиноким нетрудоспособным гражданам (семьям), среднедушевой доход которых не превышает 200 процентов утвержденного в установленном порядке бюджета прожиточного минимума в среднем на душу населения;
на условиях полной оплаты – остальным нетрудоспособным гражданам.

Услуги сиделки предоставляются на условиях полной либо частичной оплаты. На условиях частичной оплаты (60% установленного тарифа) услуги сиделки могут получать малообеспеченные одинокие нетрудоспособные граждане.

Отдельным нетрудоспособным гражданам, которым социальные услуги должны оказываться на возмездной основе, в порядке исключения по решению местных исполнительных и распорядительных органов социальные услуги в пределах установленных норм и нормативов могут оказываться на безвозмездной основе или на условиях частичной оплаты.

Порядок оказания социальных услуг

Для оказания социальных услуг гражданин (законный представитель) обращается в территориальный центр социального обслуживания населения по месту фактического проживания (регистрации), и предоставляет:

- заявление;
- документ, удостоверяющий личность;
- документ установленного образца о праве на льготы;
- медицинскую справку о состоянии здоровья, содержащую информацию о наличии медицинских показаний и (или) отсутствии медицинских противопоказаний для оказания социальных услуг.

Важно! Работники ТЦСО проводят обследование материально-бытового положения гражданина и запрашивают у государственных органов и иных организаций:

- сведения о размере получаемой пенсии за месяц, предшествующий месяцу обращения (для одиноких нетрудоспособных граждан (семей);
- справку о месте жительства и составе семьи;
- сведения об отсутствии ухода за гражданином, обратившимся за оказанием социальных услуг, лицом, получающим пособие по уходу за инвалидом I группы либо лицом, достигшим 80-летнего возраста.

Социальные услуги оказываются на основании договора оказания социальных услуг, заключенного гражданином (законным представителем) с учреждением социального обслуживания либо учреждением социального обслуживания и третьим лицом, взявшим на себя обязательства по оплате социальных услуг.

Показания и противопоказания для оказания медико-социальной помощи в БСУ**Показания:**

- хронические заболевания в стадии ремиссии с ближайшим благоприятным прогнозом для жизни;
- необходимость продолжения лечения под круглосуточным наблюдением медработников после завершения интенсивного лечения в стационаре;
- хроническое психическое расстройство (заболевание) в стадии ремиссии без нарушения социальной адаптации.

Противопоказания:

1) инфекционные и паразитарные заболевания;

- острые кишечные инфекции, острый вирусный гепатит – до выздоровления и окончания срока изоляции;
- активный туберкулез различной локализации – до окончания срока изоляции;
- микозы, за исключением микоза ногтей, кандидоза кожи и ногтей, кандидоза урогенитальных локализаций, кандидозного стоматита – до выздоровления;
- чесотка – до выздоровления и окончания срока изоляции;
- сифилис, гонококковая инфекция – до выздоровления и окончания срока изоляции;
- иные инфекционные и паразитарные заболевания, вызванные различными возбудителями, – до выздоровления и окончания срока изоляции;
- острые и хронические заболевания, требующие предварительного интенсивного лечения в стационарных условиях;

2) хроническое психическое расстройство (заболевание) в стадии обострения, требующее специализированной медпомощи в стационаре;

3) психическое расстройство (заболевание), сопровождающееся асоциальным поведением;

4) расстройства сексуального предпочтения.

Сестринский уход в БСУ включает:

- все виды инъекций, обработку колостом, трахеостом, нефростом, цистостом, установку и промывание катетера Фолея, мочеприемника, измерение уровня глюкозы крови, снятие ЭКГ;
- помощь в приеме лекарственных средств, назначенных врачом;
- профилактику пролежней;
- гигиенические процедуры;
- замену памперсов, нательного и постельного белья;
- помощь в приеме пищи и питья;
- сопровождение на прогулки и процедуры.

Также предусмотрены консультации психолога и осмотр терапевта не реже одного раза в неделю.

**Определение степени нуждаемости пациента преклонного возраста
в постороннем уходе (по Кропаниной Л.И., 2018)**

Степень нуждаемости в повседневном уходе (индекс активности в повседневной жизни) (ADL)	Описание потребностей в уходе
1 - незначительная	*незначительно нуждаются в гигиеническом уходе и самообслуживании, самостоятельный прием пищи и передвижение в пределах пешей ходьбы; *ведение домашнего хозяйства – 1 услуга в неделю; *время потребности в помощи около 90 мин. в неделю
2 - умеренная	*умеренная степень нуждаемости в гигиеническом уходе и самообслуживании, самостоятельные прием пищи и передвижение в пределах пешей ходьбы; *ведение домашнего хозяйства – 3 услуги в неделю; *время потребности в помощи около 270 мин. в неделю
3 - значительная	*значительная степень нуждаемости в гигиеническом уходе и самообслуживании, минимальная помощь 2 услуги 1 раз в сутки; *неоднократно в течение недели ведение домашнего хозяйства; *время потребности в помощи не менее 90 минут в день
4 - тяжелая	*тяжелая степень нуждаемости в гигиеническом уходе, помощи в приеме пищи не менее 3 раза в разное время дня; *дополнительное неоднократное ведение домашнего хозяйства в течение недели; *время потребности в помощи около 3 часов в день
5 – крайне тяжелая	*круглосуточный гигиенический уход или непрерывная готовность в помощи в приеме пищи, гигиеническом уходе; *дополнительное неоднократное ведение домашнего хозяйства – 1 услуга в неделю; *время потребности в помощи не менее 5 часов в день

Индекс инструментальной активности в повседневной жизни (степень пользования бытовыми приборами) LADL

Сумма баллов ADA+LADL	Степень нуждаемости в постороннем уходе
Более 100	1
75-99	2
50-74	3
25-49	4
0-24	5

1. Гериатрическая шкала (депрессии)

1	В целом, удовлетворены ли Вы своей жизнью?		НЕТ
2	Вы бросили большую часть своих занятий и интересов?	ДА	
3	Вы чувствуете, что Ваша жизнь пуста?	ДА	
4	Вам часто становится скучно?	ДА	
5	У вас хорошее настроение большую часть времени?		НЕТ
6	Вы опасаетесь, что с Вами случится что-то плохое?	ДА	
7	Вы чувствуете себя счастливым большую часть времени?		НЕТ
8	Вы чувствуете себя беспомощным?	ДА	
9	Вы предпочитаете остаться дома, нежели выйти на улицу и заняться чем-нибудь новым?	ДА	
10	Считаете ли Вы, что Ваша память хуже, чем у других?	ДА	
11	Считаете ли Вы, что жить – это прекрасно?		НЕТ
12	Чувствуете ли Вы себя сейчас бесполезным?	ДА	
13	Чувствуете ли Вы себя полным энергией и жизненной силой?		НЕТ
14	Ощущаете ли вы безнадежность той ситуации, в которой находитесь в настоящее время?	ДА	
15	Считаете ли Вы, что окружающие Вас люди живут более полноценной жизнью в сравнении с Вами?	ДА	
Общий балл: Высчитывает медицинская сестра или Пвр!			

1 балл зачисляется за ответ «нет» на вопросы 1,5,7,11,13 и

за ответ «да» на вопросы 2,3,4,6,8,9,10,12,14,15

2. Активность в повседневной жизни (индекс Бартела)

Прием пищи	10 - не нуждаюсь в помощи, способен самостоятельно пользоваться всеми необходимыми столовыми приборами; 5 - частично нуждаюсь в помощи, например, при разрезании пищи; 0 - полностью зависим от окружающих (необходимо кормление с посторонней помощью)
Личная гигиена (умывание, чистка зубов, бритье)	5 - не нуждаюсь в помощи; 0 - нуждаюсь в помощи
Одевание	10 - не нуждаюсь в посторонней помощи; 5 - частично нуждаюсь в помощи, например, при одевании обуви, застегивании пуговиц и т.д.; 0 - полностью нуждаюсь в посторонней помощи
Прием ванны	5 - принимаю ванну без посторонней помощи; 0 - нуждаюсь в посторонней помощи
Контроль тазовых функций (мочеиспускание, дефекации)	20 - не нуждаюсь в помощи; 10 - частично нуждаюсь в помощи (при использовании клизмы, свечей, катетера); 0 - постоянно нуждаюсь в помощи в связи с грубым нарушением тазовых функций
Посещение туалета	10 - не нуждаюсь в помощи; 5 - частично нуждаюсь в помощи (удержание равновесия, использование туалетной бумаги, снятие и одевание брюк и т.д.); 0 - нуждаюсь в использовании судна, утки

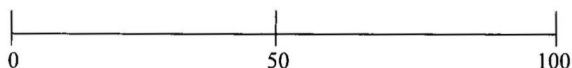
Вставание с постели	15 - не нуждаюсь в помощи; 10 - нуждаюсь в наблюдении или минимальной поддержке; 5 - могу сесть в постели, но для того, чтобы встать, нужна существенная поддержка; 0 - не способен встать с постели даже с посторонней помощью
Передвижение (кровать, стул)	15 - могу без посторонней помощи передвигаться на расстояния до 50 м; 10 - могу передвигаться с посторонней помощью в пределах 50 м; 5 - могу передвигаться с помощью инвалидной коляски; 0 - не способен к передвижению
Подъем по лестнице	10 - не нуждаюсь в помощи; 5 - нуждаюсь в наблюдении или поддержке; 0 - не способен подниматься по лестнице даже с поддержкой
Общий балл:	Высчитывает медицинская сестра или Пвр!

3. Шкала повседневной инструментальной активности (IADL)

1. Можете ли вы пользоваться телефоном	Без посторонней помощи С частичной помощью Полностью не способен	3 2 1
2. Можете ли вы добраться до мест, расположенных вне привычных дистанций ходьбы	Без посторонней помощи С частичной помощью Полностью не способен добраться, если не организована специальная доставка	3 2 1
3. Можете ли вы ходить в магазин за едой	Без посторонней помощи С частичной помощью Полностью не способен делать любые покупки	3 2 1
4. Можете ли вы готовить себе пищу	Без посторонней помощи С частичной помощью Полностью не способен готовить любую еду	3 2 1
5. Можете ли вы выполнять работу по дому	Без посторонней помощи С частичной помощью Полностью не способен выполнять какую-либо работу по дому	3 2 1
6. Можете ли вы выполнять мелкую « мужскую»/ «женскую» работу по дому	Без посторонней помощи С частичной помощью Полностью не способен выполнять любую мелкую « мужскую» /«женскую» работу по дому	3 2 1
7. Можете ли вы стирать для себя	Без посторонней помощи С частичной помощью Полностью не способен стирать	3 2 1

8. Можете или могли бы вы самостоятельно принимать лекарства	Без посторонней помощи (в правильных дозах и в назначенное время)	3
	С частичной помощью (если кто-то приготовит лекарство к приему и/или напомним о необходимости принять его)	2
	Полностью не способен принять лекарство	1
9. Можете ли вы распоряжаться своими деньгами	Без посторонней помощи	3
	С частичной помощью	2
	Полностью не способен распоряжаться своими деньгами	1
Общий балл:		Высчитывает медицинская сестра или Пвр!

4. Визуально-аналоговая шкала самооценки состояния здоровья (ВАШ)



На отрезке линии от 0% (самое плохое здоровье) до 100% (идеальное здоровье) пациент отмечает состояние своего здоровья, так как он сам это воспринимает.

Дата _____

5. Скрининг «Возраст не помеха»

	Вопросы	Да (1)	Нет (0)
1	Похудели ли Вы на 5 и более кг за последние 6 месяцев? (Вес)		
2	Испытываете ли Вы какие-либо ограничения в повседневной жизни из-за снижения ЗРения или Слуха?		
3	Были ли у Вас в течение последнего года Травмы, связанные с падением?		
4	Чувствуете ли Вы себя подавленным, грустным или встревоженным на протяжении последних недель? (Настроение)		
5	Есть ли у Вас проблемы с Памятью, пониманием, ориентацией или способностью планировать?		
6	Страдаете ли Вы недержанием Мочи?		
7	Испытываете ли Вы трудности в перемещении по дому или на улице? (Ходьба до 100 м/ подъем на 1 лестничный пролет)		
ИТОГО			
<i>Пациент признается «хрупким» при 3 и более баллах</i>			

Ф.И.О. пациента _____

_____ Полных лет

Уважаемый пациент!

Выполните тестовые задания в первый день поступления самостоятельно (или с помощью медицинской сестры) и передайте медицинской сестре!

Спасибо!

Ваши ответы необходимы для оценки состояния Вашего здоровья и формирования Вашей индивидуальной программы «Активного долголетия».

Краткая шкала оценки психического статуса (MMSE)**Пояснение.**

1. Ориентировка во времени. Просят пациентку полностью назвать сегодняшнее число, месяц, год и день недели. Максимальный балл (5) дается, если пациентка самостоятельно и правильно называет число, месяц и год. Если приходится задавать дополнительные вопросы, ставится 4 балла. Дополнительные вопросы могут быть следующие: если пациентка называет только число, спрашивают "Какого месяца?", "Какого года?", "Какой день недели?". Каждая ошибка или отсутствие ответа снижает оценку на один балл.

2. Ориентировка в месте. Задается вопрос: "Где мы находимся?". Если пациентка отвечает не полностью, задаются дополнительные вопросы. Пациентка должна назвать страну, область, город, учреждение в котором происходит обследование, этаж. Каждая ошибка или отсутствие ответа снижает оценку на один балл.

3. Восприятие. Дается инструкция: "Повторите и постарайтесь запомнить три слова: карандаш, дом, копейка". Слова должны произноситься максимально разборчиво со скоростью одно слово в секунду. Правильное повторение слова больным оценивается в один балл для каждого из слов. Следует предъявлять слова столько раз, сколько это необходимо, чтобы испытуемый правильно их повторил. Однако оценивается в баллах лишь первое повторение.

4. Концентрация внимания. Просят последовательно вычитать из 100 по 7. Достаточно пяти вычитаний (до результата "65"). Каждая ошибка снижает оценку на один балл. Другой вариант: просят произнести слово "земля" наоборот. Каждая ошибка снижает оценку на один балл. Например, если произносится "ямлез" вместо "ялмез" ставится 4 балла; если "ямлзе" - 3 балла и т.д.

5. Память. Просят пациентку вспомнить слова, которые заучивались в п.3. Каждое правильно названное слово оценивается в один балл.

6. Речь. Показывают ручку и спрашивают: "Что это такое?", аналогично - часы. Каждый правильный ответ оценивается в один балл.

Просят пациентку повторить вышеуказанную сложную в грамматическом отношении фразу. Правильное повторение оценивается в один балл.

Устно дается команда, которая предусматривает последовательное совершение трех действий. Каждое действие оценивается в один балл.

Даются три письменные команды; больного просят прочитать их и выполнить. Команды должны быть написаны достаточно крупными печатными буквами на чистом листе бумаги. Правильное выполнение второй команды предусматривает, что больной должен самостоятельно написать осмысленное и грамматически законченное предложение. При выполнении третьей команда больному дается образец (два пересекающихся пятиугольника с равными углами), который он должен перерисовать на нелинованной бумаге. Если при перерисовке возникают пространственные искажения или не соединение линий, выполнение команды считается неправильным. За правильное выполнение каждой из команд дается один балл.

Результат теста получается путем суммации баллов по каждому из пунктов. Максимально в этом тесте можно набрать 30 баллов, что соответствует наиболее высоким когнитивным способностям. Чем меньше результат теста, тем более выражен когнитивный дефицит. По данным разных исследователей, результаты теста могут иметь следующее значение:

- 28 - 30 баллов - нет нарушений когнитивных функций;
- 24 - 27 баллов - предметные когнитивные нарушения;
- 20 - 23 балла - деменция легкой степени выраженности;
- 11 - 19 баллов - деменция умеренной степени выраженности;
- 0 - 10 баллов - тяжелая деменция.

Тест «Рисование часов»

Тест проводится следующим образом: пациенту надо дать чистый лист нелинованной бумаги и карандаш, попросить нарисовать круглые часы с цифрами на циферблате и чтобы стрелки показывали, например, «без пятнадцати два». Пациент самостоятельно должен нарисовать круг, поставить в правильные места все 12 чисел и нарисовать стрелки, указывающие на правильные позиции. В норме, это задание никогда не вызывает затруднений. Если возникают ошибки, они оцениваются количественно по 10-балльной шкале.

10 баллов – норма, нарисован круг, цифры в правильных местах, стрелки показывают заданное время.

9 баллов – незначительные неточности в расположении стрелок.

8 баллов – более заметные ошибки в расположении стрелок.

7 баллов – стрелки показывают совершенно неправильное время.

6 баллов – стрелки не выполняют свою функцию (например, нужное время обведено кружком).

5 баллов – неправильное расположение чисел на циферблате, они следуют в обратном порядке, или расстояние между числами неодинаковое.

4 балла – утрачена целостность часов, часть чисел отсутствует или расположена вне круга.

3 балла – числа и циферблат не связаны друг с другом.

2 балла – пациент пытается выполнить тест, но безуспешно.

1 балл – пациент не делает попыток выполнить тест.

Определение физической активности

Динамометрия: Динамометр берут в руку циферблатом внутрь. Руку вытягивают в сторону на уровне плеча и максимально сжимают динамометр. Проводят по 2 измерения на каждой руке, фиксируют лучший результат.

Тест «Встань и иди»: Пациента просят встать со стула без помощи рук, пройти три метра, вернуться назад и сесть на стул. При ходьбе пациент использует обычные для себя средства помощи.

Способность поддерживать равновесие: В положении стоя пациент опирается на одну ногу при разведенных в сторону руках и отведенной противоположной ноге.

Скорость ходьбы: Отметьте на полу расстояние 10 метров; затем отметьте 2 метра от начала и 2 метра от конца этого расстояния. Попросите пациента пройти все 10 метров в комфортном для него темпе. Начинайте отсчет времени, когда пациент пересечет первую 2-х метровую отметку и заканчивайте отсчет времени, когда пациент пересечет вторую 2-х метровую отметку. Таким образом, вы измерите время, в течение которого пациент проходит 6 метров (2 метра в начале и 2 метра в конце пути не учитываются, в связи с ускорением и замедлением пациента). Для расчета скорости ходьбы разделите 6 на время (в секундах), в течение которого пациент прошел 6 метров.

Требования к соблюдению санитарно-гигиенических нормативов в работе главной (старшей) медицинской сестры

Примерный расчет потребностей на месяц дезинфицирующего средства (0,5% -0,1%) для дезинфекции поверхностей способом протирания (орошения) на примере отделения ФТО при эпидемиологическом подъеме

ЕЖЕДНЕВНАЯ УБОРКА						
	Общая площадь обработок объектов (м ²)	Количество рабочего раствора на 1(м ²)	Количество уборок в сутки с дезсредством	Количество рабочего раствора на сутки	Количество исходного препарата в сутки	Количество исходного препарата в месяц
ПОЛ	187 м ²	50 мл/100 мл	2 раза с концентрацией 0,5% или 1%	37 л – 50мл/м ² 74 л – 100мл/м ²	185 мл – 0,5% 370 мл – 1 %	3,8 л–0,5% 7,6 л – 1%
СТЕНЫ	459 м ²	50 мл/100 мл				
ПОТОЛОК	м ²					
САНТЕХ ОБОРУДОВАНИЕ	7 м ²	50 мл/100 мл	1			
МЕБЕЛЬ МЕДОБОРУДОВАНИЕ	90 м ²	Орошение	Дезариус спрей Роса спрей			
ВСЕГО						

S пола 187м² S стен 459 м² S сантех. Оборудования 7 м² S мебели, медоборудования 90 м²	на ежедневную уборку в месяц необходимо: 0,5% - 3,8 л / 1% - 7,6 л; на ежедневную уборку в год необходимо: 0,5% - 45л / 1% - 91 л; на генеральную уборку в год необходимо: 0,5% - 2,0 л / 1% - 4,0 л ВСЕГО НА ГОД – 0,5%- 47 литров; 0.1% -40 л Орошение: в месяц ≈5л; на год≈60л
---	--

Расчет потребности в дезинфекционных средствах для проведения ежедневной дезинфекции помещений, оборудования и др. объектов определяется по формуле:

$$N * K$$

$$X=Q \text{ ----- } S_1+S_2+S_3$$

$$100$$

$$50 * 0,5\%$$

$$253 \text{ ----- } (187+7+90) = 253*0,25*284 \approx 18 \text{ литров}$$

$$100$$

$$50 * 1\%$$

$$253 \text{ ----- } (187+7+90) = 253*0,5*284 \approx 36 \text{ литров}$$

100

X - дезинфицирующего средства в год

Q - количество дней

N - рабочий раствор средства, из расчета 50 - 100мл/м²

K - процент концентрации рабочего раствора

S₁ - площадь пола

S₂ - площадь оборудования

S₃ - площадь сантехнического оборудования

Расчет потребности в дезинфекционных средствах для проведения генеральной уборки определяется по формуле:

$$X=Q \frac{N * K}{100} S_4$$

$12 \frac{50 * 0,5\%}{100} (459+187) * 646 \approx 2 \text{ литра.}$
$12 \frac{50 * 1\%}{100} (459+187) * 646 \approx 4 \text{ литра.}$

X - дезинфицирующего средства в год

Q - количество дней

N - рабочий раствор средства, из расчета 50 - 100мл/м²

K - процент концентрации рабочего раствора

S₄ - площадь пола + площадь стен

Площадь стены (S) = длина * высота

Площадь равносторонних стен (S) = (длина + ширина)*2*высоту

607 кабинет:

$$20,08) * 2 * 3 = 152 \text{ м}^2$$

$$S = (2,87 + 4,80) * 2 * 3 = 46 \text{ м}^2$$

608 кабинет:

$$4,76) * 2 * 3 = 46 \text{ м}^2$$

$$S = (2,87 + 4,80) * 2 * 3 = 46 \text{ м}^2$$

609 кабинет:

$$S = (5,80 + 4,80) * 2 * 3 = 64 \text{ м}^2$$

610 кабинет:

$$S = (2,93 + 4,76) * 2 * 3 = 46 \text{ м}^2$$

611 кабинет:

$$S = (5,76 + 4,01) * 2 * 3 = 59 \text{ м}^2$$

$$612-613 \text{ каб } S = (5,19 +$$

$$\text{сестринская } S = (2,93 +$$

**Примерный расчет потребностей на месяц дезинфицирующего средства (0,5% -0,1%)
для дезинфекции поверхностей способом протирания (орошения) по отделению ФТО**

ЕЖЕДНЕВНАЯ УБОРКА						
	Общая площадь обработ ки объектов (м ²)	Количество рабочего раствора на 1(м ²)	Количество уборок в сутки с дезсредством	Количество рабочего раствора на сутки	Количество исходного препарата в сутки	Количес тво исходно го препарата в месяц
ПОЛ	187 м ²	50 мл/100 мл	1 раза с концентрацией 0,5% или 1%	19 л – 50 мл/м ² 38 л – 100мл/м ²	95 мл – 0,5 % 190 мл – 1 %	2 л – 0,5 % 4 л – 1 %
СТЕНЫ	459 м ²	50 мл/100 мл				
ПОТОЛОК	м ²					
САНТЕХ ОБОРУДО ВАНИЕ	7 м ²	50 мл/100 мл	1			
МЕБЕЛЬ МЕДОБО РУДОВА НИЕ	90 м ²	Орошение	Дезариус спрей Роса спрей			
ВСЕГО						

S пола 187м² S стен 459 м² S сантех. Оборудования 7 м² S мебели, медоборудования 90 м²	на ежедневную уборку в месяц необходимо: 0,5% - 2 л / 1% - 4 л; на ежедневную уборку в год необходимо: 0,5% - 24л / 1% - 48 л; на генеральную уборку в год необходимо: 0,5% - 2,0 л / 1% - 4,0 л ВСЕГО НА ГОД – 0.5%- 47 литров; 0.1% - Орошение : в месяц ≈5л; на год≈60л
---	--

Дополнительная литература по теме COVID-19, используемая в пособии

1. Авдей, Г. М. Постковидный синдром: взгляд невролога / Г. М. Авдей // Рецпт. Спецвып. – 2021. – Т. 24, № 4, ч. 2. – С. 149–166.
2. Антонович Ж.В. Длительный COVID: определение, механизмы, клинические проявления, подходы к диагностике и лечению. Фокус на кашель / Рецпт. Спецвыпуск. Постковидный синдром: что известно сегодня? – 2021. – Том 24. - №4. – Ч.2. – С.23-44.
3. Доценко, Э. А. Постковидный синдром / Э. А. Доценко, М. Л. Доценко // Рецпт. Спецвып. – 2021. – Т. 24, № 4, ч. 2. – С. 5–21.
4. Состояние акушерского дела в мире 2021 г. : доклад Фонда ООН и Международной конфедерации акушеров, 2021 [Электронный ресурс] // Всемирная организация здравоохранения. – Режим доступа: <https://www.who.int/ru/director-general/speeches/detail/launch-and-policy-dialogue-of-the-state-of-the-world-s-midwifery-2021-report>. – Дата доступа: 28.10.2021.
5. Тарасевич, Е. В. Психоэмоциональные нарушения после коронавирусной инфекции / Е. В. Тарасевич // Рецпт. Спецвып. – 2021. – Т. 24, № 4, ч. 2. – С. 167–179.
6. Alwan, N. A. Defining long COVID: Going back to the start / N. A. Alwan, L. Johnson // *Med.* – 2021. – Vol. 2, № 5. – P. 501–504.
7. Characterizing long COVID in an international cohort: 7 months of symptoms and their impact / H. E. Davis [et al.] // *EClinicalMedicine.* – 2021. – Vol. 38. – Mode of access: – <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2589537021002996?via%3Dihub>. – Date of access: 28.10.2021.
8. Maltezou, H. C. Post-COVID Syndrome: An Insight on its Pathogenesis / H. C. Maltezou, A. Pavli, A. Tsakris // *Vaccines.* – 2021. – Vol. 9, № 5. – Mode of access: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34066007/>. – Date of access: 28.10.2021.
9. Office for National Statistics. The prevalence of long COVID symptoms and COVID-19 complications (2020) <https://www.ons.gov.uk/news/statementsandletters/theprevalenceoflongcovidssymptomsandcovid19complications> (accessed 2/07/2021).
10. Post traumatic stress disorder symptoms, underlying affective vulnerabilities, and smoking for affect regulation / A. R. Mathew [et al.] // *Am. J. on Addict.* – 2015. – Vol. 24, № 1. – P. 39–46.
11. COVID-19 Strategy Update [Electronic resource] / World Health Organization // World Health Organization. – Mode of access: URL: <https://www.who.int/publications-detail/covid-19-strategy-update-14-april-2020>. – Date of access: 28.10.2021.
12. WHO COVID-19 Weekly Epidemiological Update Edition 48 [Electronic resource] / World Health Organization // World Health Organization. – Mode of access: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/342906/CoV-weekly-sitreps13Jul21-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. – Date of access: 28.10.2021.

Дополнительная нормативная литература по сестринскому процессу

1. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 30.09.2010 № 1030 г. «Об утверждении клинического протокола оказания скорой (неотложной) медицинской помощи взрослому населению, клинические протоколы оказания скорой (неотложной) медицинской помощи взрослому населению согласно приложению к настоящему приказу».
2. Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 23.08.2021 № 99 «Клинический протокол «Оказание медицинской помощи пациентам в критических для жизни состояниях».
3. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 11.11. 2021 №1424 «Рекомендации (временные) об организации оказания медицинской помощи пациентам с инфекцией COVID-19».
4. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 21.09.2021 №1141 «Инструкция о порядке подачи кислорода пациенту с помощью назальных канюль или кислородной маски».
5. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 30.08.2007 № 710 «Об утверждении форм первичной медицинской документации в амбулаторно-поликлинических организациях».
6. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 16.11.2018 № 1185 «Об утверждении положения о работе команды врача общей практики».
7. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 24.02.2018 № 177 «Об организации работы врача общей практики».
8. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 22.08.2018 № 842 «Об утверждении должностных инструкций».
9. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 16.11.2018 № 1185 «Об утверждении положения о работе команды врача общей практики».
10. Матвейчик, Т.В., Гатальская, Г.В. Медицинская сестра и пациент: эффективная коммуникация: уч.-методическое пособие / Т.В. Матвейчик, Г.В. Гатальская. Минск: БелМАПО, 2022. – 153 с.

Приложение 14

Дополнительная душеполезная литература

1. Душеполезные поучения и послания преподобного аввы Дорофея. – Мн.: Свято-Елисаветинский монастырь, 2004. – 336 с.
2. Земная жизнь Пресвятой Богородицы и описание святых чудотворных Ее икон / Сост.С. Снегирева. – М.: Терим,2010. – 640 с.
3. Жития святых. Земная жизнь Пресвятой Богородицы. Пророк Предтеча и Креститель Господь Иоанн. Апостолы Христовы / Сост.А.В. Шпак. – М.: Сибирская Благовонница, 2014. – 543 с.
4. Модестов,С. Духовная трапеза православного христианина /С. Модестов. – Мн.: Белорусский Экзархат, 2006 – с.
5. Мордасов, В. Об искушениях, скорбях, болезнях и утешение в них. – М.: Благовест, 2003 – 274 с.
6. Моуди, Р. Жизнь после жизни / Р. Моуди. - М.: Азбука-Аттикус, 2015. – 160 с.
7. Наши беседы о жизни / игуменья Нина (Боянус). – М.: Из-во Сретенского монастыря, 2004. – 208 с.
8. Непознанный мир веры. М.: Издание Сретенского монастыря, 2004. – 348 с.

9. Поучения святых отцов и подвижников благочестия . Мн.: Свято-Елисаветинский монастырь, 2008. – 381 с.
10. Путь жизнеутверждающей любви Филарет, Митрополит Минский и Слуцкий, Патриарший Экзарх всея Беларуси. – К.: Дух і літера, 2004. – 230 с.
11. Роуз, С. Жизнь после смерти / С. Роуз. – М.: ..., 1991. – ...с.
12. Святое Евангелие. СПб.: Приход Игнатия Брянчанинова, 2009. – 575 с.
13. Слова, Том IV. Семейная жизнь. – М.: Святая Гора, 2008. – 325 с.
14. Слова, Том I. С болью и любовью о современном человеке. – М.: Святая Гора, 2008. – 429 с.
15. Спутник христианина: сборник душеполезного и назидательного чтения / Сост. протоиерей Н. Успенский. – Мн.: Белорусский Экзархат, 2005. – 479 с.

Основная документация, с которой Пвр и МС работают на участке ВОП

- Регистр территориального населения («перепись»)
- Паспорт участка врача общей практики
- Медицинская карта амбулаторного больного ф.025/у-07
- Талон на прием к врачу ф. 025-1/у-07
- Статистический талон ф. 025-2/у-07
- Ведомость учета посещений, заболеваний и пролеченных больных ф 025-3/у-07
- Карты учета диспансерного наблюдения (Ф 131 у-ДВ).
- Индивидуальный план прохождения диспансеризации пациентом
- Журнал вызовов врача на дом ф.031у, журнал вызовов помощника врача на дом (Ф-031/у, приказ МЗ РБ 29.03.2004 № 75)
- Журнал учета санитарно-просветительской работы (Ф-038/у).
- Листок нетрудоспособности (справка о ВН),
- Направления на консультацию, госпитализацию
- Рецепттурные бланки
- Выписка из медицинских документов (Ф 1 мед/у-10)
- Медицинская справка о состоянии здоровья (Ф1 здр/у-10)

Цитаты в тему

* «Если Вы хотите улучшить Ваши отношения – воспринимайте любовь как глагол, а не как чувство» Стивен Кови

* «Жизнь – это миг. Почет, триумф, богатство и наука – преходящи. Все соблазны жизни уходят. Остается лишь вечная любовь – причина каждого доброго дела. Любовь, что переживет нас. Ведь Бог есть любовь» Св. Джузеппе Москати «Исцеляющая любовь»

* «От того, что мы узнаем о смерти, зависит то, как мы будем жить» Р. Моуди

* «Доброта – язык, который понимают все. Даже слепой может видеть, а глухой – слышать ее» Мать Тереза

* «Легко любить людей на расстоянии, не всегда – полюбить того, кто рядом. Проще дать тарелку с рисом голодающему, чем утолить голод одиночества или более того, кто живет с нами в одном доме. Любите своих домочадцев. Любовь начинается с дома» Мать Тереза

* «На что похожа любовь? У нее есть руки, чтобы помогать другим, у нее есть ноги, чтобы спешить на помощь к бедным и нуждающимся, у нее есть глаза, чтобы видеть горе и нужду, у нее есть уши, чтобы слышать людские вздохи и жалобы, – вот на что похожа любовь!» Св. Августин

Места, где можно получить более подробную информацию по уходу на дому

- Интернет-портал «Здоровые люди»
- БОКК «Домашний уход. Как помочь тяжелобольным родным»
- Союз сестричеств милосердия Белорусской Православной Церкви «Мир дому».

Алгоритм специализированного гериатрического осмотра (СГО) пациента, нуждающегося в уходе

Специализированный гериатрический осмотр (comprehensive geriatric assessment) СГО – совокупность диагностических мероприятий, ориентированных не столько на осуществление традиционной нозологической диагностики и выявление имеющихся у пациента заболеваний, но и на изучение социального статуса и рисков снижения качества жизни и социальной деятельности с точки зрения соматического состояния, имеющего место у пожилого или старого человека.

Основной **целью** СГО является выявление гериатрических синдромов, которые определяют развитие синдрома старческой астении.

Гериатрические синдромы присоединяются по мере развития и накопления инволютивных изменений в организме пациента и дефицита функций на фоне коморбидности. К наиболее часто встречающимся синдромам относятся: нарушения передвижения, синдром падения, синдром недостаточности питания (синдром мальнутриции), тревожно депрессивный синдром, когнитивные нарушения, недержание мочи, кала, нарушение слуха, зрения, пролежни, синдром зависимости от посторонней помощи.

Алгоритм СГО включает оценку следующих **5 состояний**:

1) Выявление степени способности к передвижению, выявление степени нарушения питания (синдрома мальнутриции), оценка когнитивных расстройств, оценка морального состояния пациента, оценка степени независимости в повседневной жизни. Совокупность данных частей позволяет определить наличие у пациента пожилого и старческого возраста синдрома старческой астении, выявить степень тяжести данного синдрома и разработать оптимальные, в большей степени, немедикаментозные методы реабилитационных мероприятий после оперативного лечения.

При регистрации пациента указывается ФИО, возраст, диагноз, дата.

I часть специализированного гериатрического осмотра - Выявление степени способности к передвижению

При выявлении степени способности к передвижению используются шкала «Оценка двигательной активности у пожилых»- Functional mobility assessment in elderly patients, состоящая из 2 частей: определение общей устойчивости и параметров ходьбы.

Ее применение позволяет дать объективную оценку путем непосредственного измерения тех параметров двигательной активности, которые в наибольшей степени изменяются с возрастом, а именно общая устойчивость и изменения походки.

Характеристика параметров устойчивости

Состояние общей устойчивости по данной шкале оценивается по следующим позициям: сидя, при попытке встать, устойчивость сразу после вставания в течение 5 секунд, длительность стояния в течение 1 минуты, вставание из положения лежа, устойчивость при толчке в грудь, стояние с закрытыми глазами, поворот на 360 градусов (переступания, устойчивость), стояние на одной ноге в течение 5 секунд (правой, левой), наклоны назад, дотягивания вверх, наклон вниз, присаживания на стул.

Каждой позиции соответствует от 0 до 2 баллов, при этом 0 балл свидетельствовал о грубом нарушении, 1- умеренном, 2 балла - норма; степень нарушения устойчивости определялась по сумме баллов. Диапазон от 0 до 10 баллов соответствует о значительной степени нарушений, от 11 до 21 балла – умеренной, от 21 до 22 – легкой и 23 – 24 балла – нормальной устойчивости.

Характеристика параметров ходьбы

Состояние походки пациента оценивается следующим образом: начало движения, симметричность шага, непрерывность ходьбы, длина шага (левая нога, правая нога), отклонение от линии движения, устойчивость при ходьбе, степень покачивания туловища,

повороты, произвольное увеличение скорости ходьбы, высота шага (правая нога, левая нога).

Каждой позиции соответствовало от 0 до 2 баллов, при этом 0 балл свидетельствовал о грубом нарушении, 1 - умеренном, 2 балла - норма; степень нарушения устойчивости определялась по сумме баллов.

Степень нарушения походки оценивалась: 0 – 10 баллов – значительная степень, 11 – 13 баллов – умеренная, 14 – 15 баллов – легкая, 16 баллов – норма. По окончании опроса суммируются баллы, полученные по двум субшкалам, при этом общий суммарный балл может быть в диапазоне от 0 до 40, где 0 – 20 баллов – значительная степень нарушения общей двигательной активности, 21 – 33 балла – умеренная, 34 – 38 баллов – легкая, 39 – 40 баллов – норма.

II часть специализированного гериатрического осмотра – Выявление степени нарушения питания (синдрома мальнотриции)

При выявлении степени нарушения питания (синдрома мальнотриции) мы применяли опросник Mini nutritional assessment 9 (MNA), состоящий из двух частей. Первая часть позволила получить информацию о физикальных данных, изменяющихся при синдроме мальнотриции или ему сопутствующим заболеваниям: чувство аппетита на протяжении последних трех месяцев; снижение массы тела на протяжении месяца, предшествующего опросу, состояние мобильности, наличие психологических стрессов на протяжении последних трех месяцев, наличие нейropsychических проблем (деменции), индекс массы тела (ИМТ).

Оценка риска развития синдрома мальнотриции (часть I)

Часть первая вопросы: имеется ли у Вас снижение аппетита? (0 – выраженное снижение, 1 – умеренное снижение, 2 – нет снижения); отмечалось ли в Вас снижение массы тела на протяжении последнего месяца? (0 – более 2 кг, 1 – не знаю, 2 – в пределах 1 – 2 кг, 3 – стабильная масса тела); степень мобильности (0 – прикован к постели, 1 – передвижения в пределах квартиры, 2 – нет ограничений); наличие психологического стресса в течение последних трех месяцев (0 – наличие стресса, 1 – отсутствие стресса); наличие психологических проблем (0 – тяжелая депрессия, деменция, 1 – умеренная депрессия, 2 – отсутствие проблем); величина индекса массы тела 1 (0 баллов – меньше 19, 1 балл – 19 – 21, 2 балла – 21 – 23, 3 балла – больше 23).

При интерпретации данной части опросника учитывается, что риск развития синдрома мальнотриции имеет место при суммарной величине баллов менее 11, нормальный показатель статуса питания соответствует 12 баллам и более, максимально возможное количество баллов – 14.

Вторая часть позволяет дать оценку регулярности и качеству питания, факторам, которые могут влиять на пищевое поведение: условия проживания, употребление медикаментов и их количество, количество ежедневно употребляемых блюд, ориентировочное количество белковой пищи в рационе, употребление овощей, зелени, жидкости, степень самостоятельности при приеме пищи, объем живота и бедер.

Оценка риска развития синдрома мальнотриции (часть II)

Часть вторая вопросы пациенту: проживание дома (0 – нет, 1 – да); прием свыше трех препаратов ежедневно (0 – да, 1 – нет); наличие пролежней (0 – да, 1 – нет); количество основных блюд в течение дня (0 – 1 блюдо, 1 – 2 блюда, 2 – 3 блюда); прием белков (0 – до одного раза в день, 0,5 балла – два раза в день, 1 балл – 3 раза в день, прием овощей и фруктов в течение дня (0 – нет, 1 – да); прием жидкости (0 – менее трех стаканов, 0,5 баллов – 3 – 5 стакана, 1 – более 5 стаканов); степень независимости при приеме пищи (0 – с посторонней помощью, 1 – самостоятельно, но с трудом, 2 – полностью самостоятельно); собственная оценка статуса питания (0 – имеются проблемы, 1 – недостаточный, 2 – нет проблем питания); собственная оценка состояния здоровья (0 – плохое, 0,5 балла – не знаю, 1 – хорошее, 2 – отличное); средний диаметр живота (0 – менее 21 см, 0,5 балла – 21 – 22 см, 1 – больше 22 см); 2); средний диаметр бедер (0 – менее

31 см, 1 – 31 см и выше). При оценке результатов второй части опросника принимается во внимание, что максимальное значение соответствует 16 баллам.

Оценка результатов опроса и осмотра пациентов по двум частям опросника: максимальное количество баллов – 30, норма – 24 балла и больше, наличие риска развития синдрома мальнотриции – 17 – 23,5 балла, наличие синдрома мальнотриции – меньше 17 баллов.

III часть специализированного гериатрического осмотра – Оценка когнитивных способностей

Когнитивные способности исследуемых были оценены при помощи опросника «Мини-исследование умственного состояния» (тест миниментал или Mini-mentalstate examination), являющегося широко распространенной методикой для скрининга и оценки тяжести деменции.

Оценка когнитивных способностей пациента

Данный опросник включает в себя оценку следующих показателей:

ориентация (требуется назвать дату, местонахождение) – до 5 баллов; восприятие (запоминание трех слов и их воспроизведение) – до 3 баллов; внимание и счет (вычесть из 100 число 7, затем из остатка вычесть 7 и так пять раз) – до 5 баллов; память (припомнить три слова из задания № 2) – до 3 баллов; речь, чтение и письмо (назвать два предмета, повторить «никаких если, но или нет», выполнение трехэтапной моторной команды) – до 3 баллов; прочесть и выполнить написанное на бумаге задание «закройте глаза» - 1 балл; написать предложение – 1 балл; срисовать рисунок – 1 балл.

Оценка результатов: максимальное количество баллов – 33, норма – 25 балла и больше, легкие нарушения когнитивной сферы – 21-24 балла, умеренные - 10-20, тяжелые - 9 и менее.

IV часть специализированного гериатрического осмотра – Оценка морального состояния пациента

Оценка морального статуса проводится по опроснику «Philadelphia geriatric morale scale», позволяющему определить наличие у пожилых и старых людей удовлетворения собой, чувства, что они достигли чего-то в этой жизни, что они нужны, а также субъективного соответствия между личными потребностями и их удовлетворением со стороны внешнего мира, а также с внутренним примирением с неизбежным. Например, с тем фактом, что они состарились.

Оценка морального состояния Шкала включает в себя 17 позиций:

в течение года у меня (пациента) значительно ухудшилось состояние; не могу спать; у меня есть боязнь многих вещей; приходится расставаться со многими привычными вещами; у меня возникает много проблем; я с трудом достигаю состояния моральной уравновешенности; мне становится все хуже по мере увеличения возраста; у меня постоянное чувство одиночества; мне все сложнее приспосабливаться к жизни по мере увеличения моего возраста; вы удовлетворены своим нынешним состоянием?; по мере увеличения возраста мое состояние становится хуже, чем то, что я ожидал (а); я менее счастлив (а) по сравнению с молодыми годами; чувствуете ли Вы себя одиноким?; я могу встречаться с большим числом друзей и родственников; иногда меня посещает мысль, что с такой жизнью, как у меня – незачем жить; жить мне становится все тяжелее и тяжелее; у меня много причин для плохого настроения.

Оценка позиций опросника осуществлялась по пятибалльной системе, при этом более высокий балл соответствовал более плохому моральному состоянию испытуемого.

Оценка результатов: максимальное количество баллов – 85, хорошее моральное состояние - менее 50 баллов, удовлетворительное – 51-67, плохое – 68 и более.

V часть специализированного гериатрического осмотра – Оценка степени независимости в повседневной жизни

Для оценки степени независимости больного человека от посторонней помощи в повседневной жизни мы применяли шкалу Бартела для оценки уровня бытовой

активности (прил.1). Шкалой удобно пользоваться как для определения изначального уровня активности пациента, так и для поведения мониторинга в целях определения эффективности реабилитации при адаптации пациента в социуме, оценки его качества жизни, необходимости ухода (прил.6).

Анализ уровня независимости в повседневной жизни включает в себя следующие вопросы:

А. Прием пищи: не нуждаюсь в помощи, способен самостоятельно пользоваться всеми необходимыми столовыми приборами (10); частично нуждаюсь в помощи, например, при разрезании пищи (5); полностью зависю от окружающих, например, необходимо кормление с посторонней помощью (0).

Б. Персональный туалет: умывание лица, причёсывание, чистка зубов, бритьё (10); не нуждаюсь в помощи (5); нуждаюсь в помощи (0).

В. Одевание: не нуждаюсь в посторонней помощи (10); частично нуждаюсь в помощи, например, при одевании обуви, застегивании пуговиц и т.д. (5); полностью нуждаюсь в посторонней помощи (0).

Г. Прием ванны: принимаю ванну без посторонней помощи (5); нуждаюсь в посторонней помощи (0).

Д. Контроль тазовых функций (мочеиспускание, дефекация): не нуждаюсь в помощи (20); частично нуждаюсь в помощи (при использовании клизмы, свечей, катетера) (10); постоянно нуждаюсь в помощи в связи с грубым нарушением тазовых функций (0).

14

Е. Посещение туалета: не нуждаюсь в помощи (10); частично нуждаюсь в помощи (удержание равновесия, использование туалетной бумаги, снятие и одевание брюк и т.д.) (5); нуждаюсь в использовании судна, утки (0).

Ж. Вставание с постели: не нуждаюсь в помощи (15); нуждаюсь в наблюдении или минимальной поддержке (10); могу сесть в постели, но для того, чтобы встать, нужна существенная поддержка (5); пациент не способен встать с постели даже с посторонней помощью (0).

З. Передвижение: могу без посторонней помощи передвигаться на расстояния до 500 м (15); могу передвигаться с посторонней помощью в пределах 500 м (10); могу передвигаться с помощью инвалидной коляски (5); не способен к передвижению (0).

И. Подъем по лестнице: не нуждаюсь в помощи (10); нуждаюсь в наблюдении или поддержке (5); не способен подниматься по лестнице даже с поддержкой (0).

Степень выполняемости пациентом ежедневных функций самоухода оценивается в баллах и колеблется от 0 до 20. Суммарная оценка варьирует от 0 до 100 баллов. **Суммарный балл** от 0 до 20 соответствует полной зависимости пациента; от 21 до 60 – выраженной зависимости, от 61 до 90 – умеренной зависимости, от 91 до 99 – легкой зависимости, 100 баллов – о полной независимости в повседневной деятельности.

Анализ по всем показателям с определением степени тяжести синдрома старческой астении

Для определения синдрома старческой астении у пациентов используют классификацию этапов развития или стадий старческой астении, сформулированную рабочей группой, проводившей Канадское исследование здоровья и старения (CSHA, 2009). С точки зрения состояния функций организма выделяют 15 следующие типы старения, которые могут, как следовать один за другим, так и наступать изолированно сразу после окончания зрелого возраста.

1). Идеальное старение, которое характеризуется высокой степенью сохранности функциональных резервов организма вплоть до последних дней жизни. В отношении данного контингента людей пожилого и старческого возраста важно организовать адекватное динамическое наблюдение и проводить меры геропрофилактики, основанные на немедикаментозных и поведенческих методах. Специализированные программы медико-социальной реабилитации не требуются.

2). Сохранное старение, при котором имеет место постепенно угасающее, но все же сохранное состояние двигательной и трудовой активности. При данном типе старения важно обеспечить своевременное выявление обострения/декомпенсации имеющейся патологии, а также новых заболеваний и проведение мер геропрофилактики. Специализированные программы медико-социальной реабилитации не требуются.

3). Независимое старение (преастения*), когда имеет место значительное снижение степени функционирования организма, ограничение функциональной активности человека пожилого и старческого возраста, но при этом он способен осуществлять уход за собой и сохранять независимость от посторонней помощи. В данном случае необходимо проведение комплексного гериатрического осмотра с выявлением гериатрических синдромов, разработкой программ медико-социальной реабилитации.

4). Имеется легкая степень нарушений по данным не более двух шкал из пяти: старение с формированием астении – характеризуется лабильностью состояния здоровья и социальной активности; у таких людей имеется значительное количество хронических заболеваний, которые протекают с частыми обострениями и декомпенсациями. На этом этапе старения формируется значительная зависимость от посторонней помощи, имеется высокая потребность в проведении мероприятий медицинской и социальной реабилитации. При данном типе старения необходимо обеспечить выявление гериатрических синдромов, а также своевременное их купирование.

5). Имеется умеренная степень нарушений у пациента (по данным не более четырех шкал из пяти): старение с формированием частичной зависимости от посторонней помощи, при котором имеет место низкий потенциал здоровья, значительная часть времени жизни пожилого человека проходит в обстановке зависимости от посторонней помощи, сохраняется лишь небольшой ареал занятий и активности, которые человек способен выполнять самостоятельно.

В данном случае возрастает роль социальных служб в поддержании нормальной жизнедеятельности, важно обеспечить также выявление гериатрических синдромов, обеспечить реабилитацию человека пожилого и старческого возраста с учетом его функционального статуса.

6). Имеется умеренная степень нарушений по данным всех шкал, либо по данным не более двух шкал – тяжелые нарушения: старение с формированием полной и постоянной зависимости – наблюдается полная постоянная зависимость от посторонней помощи, человек пожилого и старческого возраста полностью прикован к постели, имеет место развитие тяжелых инвалидизирующих заболеваний, например, деменции. При осуществлении ухода за такими людьми на первое место выходят мероприятия социального плана, сестринского ухода, которые направлены на поддержание достойных условий существования.

7). Имеется тяжелая степень нарушения функций по данным не менее чем четырех изучаемых параметров: период умирания, когда необходима организация адекватной паллиативной помощи. Проведение специализированного гериатрического осмотра проблематично.

Список дополнительной литературы для данной темы

1. Ильницкий, А. Н. Специализированный гериатрический осмотр [Текст] / А.Н. Ильницкий, К. И. Прошаев // Геронтологический журнал им. В. Ф. Купревича. – 2012. – № 4-5. –С. 66–84.

2. Ильницкий, А. Н. Старческая астения (Frailty) как концепция современной геронтологии [Текст] / А. Н. Ильницкий, К. И. Прошаев // Геронтология. – 2013. – Т. 1, № 1. –С. 408–412.

3. Захаров, В. В. Когнитивные расстройства в пожилом и старческом возрасте [Текст] : (методическое пособие для врачей) / В. В. Захаров, Н. Н. Яхно. – Москва, 2005. – 71 с.

4. Bandeen-Roche, K. Phenotype of frailty: characterization in the women's health and aging studies [Text] / K. Bandeen-Roche, Q. L. Xue, L. Ferrucci [et al.] // J. of Gerontology. Ser. ABiological Sciences and Medical Sciences. – 2006. – Vol. 61. – P. 262–266.

5. Espinoza, S. Frailty in older adults: insights and interventions [Text] / S. Espinoza, J. D. Walston // Clev. Clinic. J. of Medic. – 2005. – Vol 72, № 12. – P. 1105–1112.

6. Falls Risk Factors and a Compendium of Falls Risk Screening Instruments [Text] / J. M. Fabre, R. J. Ellis, M. Kosma, R. H. Wood // Geriatr. Phys. Ther. – 2010. – Vol. 33. – P. 184–197.

Литература

1. Вальчук, Э. А. Сестринское дело в Беларуси: опыт прошлого, настоящее и шаг в будущее (библиографический справочник): научно-методические издания сотрудников БелМАПО за 2001-2013гг. : справ. изд. / Э. А. Вальчук, Т. В. Матвейчик, В. И. Иванова. – Минск : БелМАПО, 2014. – 32 с.
2. Возрастная жизнеспособность в геронтологии и гериатрии (обзор) / А. Н. Ильницкий [и др.] // Науч. результаты биомед. исслед. – 2019. – Т. 5, № 4. – С. 102–116.
3. Всемирный доклад о старении и здоровье / Всемир. орг. здравоохранения. – Женева : Всемир. орг. здравоохранения, 2015. – Режим доступа: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186463/9789244565049_rus.pdf?sequence=10&isAllowed=y. – Дата доступа: 24.01.2022.
4. Выговская, О. Н. Алгоритмы ухода за больными : учеб. пособие / О. Н. Выговская. – М. : Перо, 2016. – 28 с.
5. Государства-члены Европейского регионального бюро ВОЗ подписали Минскую декларацию [Электронный ресурс] // БЕЛТА. Белорус. телеграф. агентство. – Режим доступа: <http://www.belta.by/society/view/gosudarstva-chleny-evropejskogo-regionalnogo-bjuro-voz-podpisali-minskuju-deklaratsiju-167595-2015/>. – Дата доступа: 22.10.2019.
6. Глушанко, В. С. Методика расчета и анализа индикаторов качества медицинской помощи населению : учеб.-метод. пособие / В. С. Глушанко, А. П. Тимофеева, А. А. Герберг ; под ред. В. С. Глушанко. – Витебск : ВГМУ, 2021. – 349 с.
7. Современные проблемы совершенствования медико-социальной помощи : монография / В. С. Глушанко [и др.] ; под ред. В. В. Колбанова. – Витебск : ВГМУ, 2008. – 185 с.
8. Евсегнеев, Р. А. Психиатрия для всех / Р. А. Евсегнеев. – Минск : Беларусь, 2006. – 478 с.
9. Антибактериальная терапия при беременности и грудном вскармливании / А. Г. Замалудинова [и др.] // Врач скорой помощи. – 2021. – № 7. – С. 6–20.
10. Здравоохранение в Республике Беларусь [Электронное издание] : офиц. стат. сб. за 2019г. – Минск: ГУ РНПЦ МТ, 2019. – 257 с.; табл. – Режим доступа: https://belcmt.by/docs/Stat/Healthcare_in_RB_2019.pdf. – Дата доступа: 20.01.2022.
11. Зильбер, А. П. Этюды медицинского права и этики / А. П. Зильбер. – М. : МЕДпресс-информ, 2008. – 840 с.
12. Зотова, А. А. Обучение сестринского персонала конструктивным способам психологической защиты в работе с пациентами, страдающими онкологическими заболеваниями / А. А. Зотова, Д. С. Фомичев // Медсестра. – 2021. – № 4. – С. 34–40.
13. Иванюшкин, А. Я. Права пациентов и профессиональные ошибки медицинских работников. Этико-правовые аспекты / А. Я. Иванюшкин. – М. : Автор. акад., 2010. – 112 с.
14. Ильницкий, А.Н., Прошаев, К.И. Специализированный гериатрический осмотр // Геронтологический журнал им. В.Ф. Купровича. – 2012. – № 4-5. – С. 66 – 84.
15. Клиническая фармакология : учебник / В. Г. Кукес [и др.] ; под ред. В. Г. Кукеса, Д. А. Сычева. – 6-е изд., испр. и доп. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 1024 с.
16. Кралько, А. А. Медицинское право : учеб.-метод. пособие : в 3 т. / А. А. Кралько. – Минск : БелМАПО, 2019. – Т. I. – 154 с.; Т. II. – 150 с.
17. Кульпанович, О. А. Внебюджетные источники финансирования здравоохранения: фандрайзинг и спонсоринг : учеб.-метод. пособие / О. А. Кульпанович, М. В. Щавелева, Т. Н. Соколовская. – Минск : БелМАПО, 2021. – 87 с.
18. Лаптиева, Л. Н. Роль симуляционного обучения в профессиональной адаптации медицинских работников / Л. Н. Лаптиева, Т. В. Матвейчик, О. П. Цывис // Мед. сестра. – 2021. – Т. 23, № 1. – С. 8–13.

19. Матвейчик, Т. В. В помощь главной (старшей) медицинской сестре : учеб.-метод. пособие / Т. В. Матвейчик ; Белорус. мед. акад. последиплом. образования. – Минск : БелМАПО, 2020. – 201 с.
20. Матвейчик, Т. В. Трансформация сестринского образования в истории Беларуси: от опыта прошлого – шаг в будущее / Т. В. Матвейчик. – Минск : Ковчег, 2020. – 223 с.
21. Матвейчик, Т. В. Особенности работы медицинской сестры с пациентом в период пандемии коронавирусной инфекции / Т. В. Матвейчик // Вестн. мед. ин-та им. Меграбяна. – 2020. – Т. 9. – С. 31–40.
22. Матвейчик, Т. В. Международные организации о роли медицинских сестер в здравоохранении / Т. В. Матвейчик // Семейный доктор. – 2020. – № 2. – С. 54–58.
23. Матвейчик, Т. В. О модели оказания первичной медицинской помощи «Заботливая поликлиника» / Т. В. Матвейчик // Медицина. – 2019. – № 2. – С. 36–41.
24. Матвейчик, Т. В. Профилактика социального сиротства в деятельности медицинской сестры и социального работника : учеб.-метод. пособие / Т. В. Матвейчик ; Белорус. мед. акад. последиплом. образования. – Минск : БелМАПО, 2019. – 120 с.
25. Матвейчик, Т. В. Организация работы медицинской сестры и помощника врача по амбулаторно-поликлинической помощи при паллиативном уходе : учеб. пособие / Т. В. Матвейчик, Ю. В. Вискуб, С. М. Русак. – Минск : Ковчег, 2018. – 288 с.
26. Технология медико-социального взаимодействия как инновационное направление работы помощника врача по амбулаторно-поликлинической помощи, медицинской сестры и социального работника : учеб.-метод. пособие / Т. В. Матвейчик [и др.] ; Белорус. мед. акад. последиплом. образования. – Минск : БелМАПО, 2017. – 295 с.
27. Матвейчик, Т. В. Теория сестринского дела : учеб. пособие / Т. В. Матвейчик, Е. М. Тищенко. – Минск : Выш. шк., 2016. – 366 с.
28. Матвейчик, Т. В. Руководство по массажу для медицинских сестер : учеб.-метод. пособие / Т. В. Матвейчик, И. А. Рыбин ; Белорус. мед. акад. последиплом. образования. – Минск : БелМАПО, 2015. – 125 с.
29. Матвейчик, Т. В. Непрерывное медицинское образование: команда как путь повышения эффективности здравоохранения / Т. В. Матвейчик // Медицина. – 2015. – № 1. – С. 61–66.
30. Матвейчик, Т. В. Методологические основы работы «Школы сахарного диабета» : учеб.-метод. пособие / Т. В. Матвейчик, И. К. Билодид, А. А. Романовский. – Изд. 2-е, перераб. и доп. – Минск : Ковчег, 2010. – 132 с.
31. Матвейчик, Т. В. Управление сестринским процессом в стационаре : монография / Т. В. Матвейчик, Э. Э. Вальчук ; Белорус. мед. акад. последиплом. образования. – Минск, 2009. – 216 с.
32. Матвейчик, Т. В. Игры самораскрытия как инструмент общения в медико-социальной работе (сборник ситуационных задач и тестов) / Т. В. Матвейчик, Л. М. Губарь, Л. Л. Самойло ; Белорус. мед. акад. последиплом. образования. – Минск : БелМАПО, 2008. – 44 с.
33. Матвейчик, Т. В. Организация сестринского дела : учеб. пособие для слушателей системы последиплом. мед. образования / Т. В. Матвейчик, В. И. Иванова. – Минск : Выш. шк., 2006. – 301 с.
34. Медико-социальное сопровождение пациента психиатрического и наркологического профиля в практике медицинской сестры / Т. В. Матвейчик [и др.]. – Минск : Ковчег, 2013. – 223 с.
35. Методическое пособие по обеспечению устойчивых трудовых ресурсов в Европейском регионе ВОЗ [Электронный ресурс] / Европ. регион. бюро ВОЗ. – Копенгаген, 2018. – 105 с. – Режим доступа: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/345689/WHO-EURO-2018-3069-42827-59771-rus.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. – Дата доступа: 24.01.2022.

36. О Государственной программе «Здоровье народа и демографическая безопасность Республики Беларусь» на 2021–2025 годы [Электронный ресурс] : постановление Совета Министров Респ. Беларусь, 19 янв. 2021 г., № 28 // Национальный правовой Интернет-портал Республики Беларусь. – Режим доступа: <https://pravo.by/document/?guid=3871&p0=C22100028>. – Дата доступа: 03.04.2020.

37. О здравоохранении [Электронный ресурс] : Закон Респ. Беларусь, 18 июня 1993 г., № 2435–XII : в ред. Закона Респ. Беларусь от 21.10.2016 г. № 433-3 // КонсультантПлюс. Беларусь / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2021.

38. О правилах медицинской этики и деонтологии [Электронный ресурс] : постановление М-ва здравоохранения Респ. Беларусь, 7 авг. 2018 г., № 64 // КонсультантПлюс. Беларусь / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2021.

39. О вопросах продолжения медико-социальной экспертизы [Электронный ресурс] : постановление М-ва здравоохранения Респ. Беларусь, 9 июня 2021 г., № 77 // КонсультантПлюс. Беларусь / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2021.

40. Об изменении законов по вопросам здравоохранения и оказания психологической помощи [Электронный ресурс] : Закон Респ. Беларусь, 11 дек. 2020 г., № 94-3 // Национальный правовой Интернет-портал Республики Беларусь. – Режим доступа: <https://pravo.by/document/?guid=12551&p0=H12000094&p1=1>. – Дата доступа: 02.04.2021.

41. Об оказании медицинской помощи пациентам с инфекцией COVID-19 [Электронный ресурс] : приказ М-ва здравоохранения Респ. Беларусь, 5 июня 2020 г., № 615 // КонсультантПлюс. Беларусь / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2021.

42. Об организации работы врача общей практики [Электронный ресурс] : приказ М-ва здравоохранения Респ. Беларусь, 27 февр. 2018 г., № 177 // КонсультантПлюс. Беларусь / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2021.

43. Об утверждении Инструкции о порядке представления информации о выявленных нежелательных реакциях на лекарственные средства и признании утратившими силу некоторых постановлений Министерства здравоохранения Республики Беларусь [Электронный ресурс] : постановление М-ва здравоохранения Респ. Беларусь, 17 апр. 2015 г., № 48 // КонсультантПлюс. Беларусь / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2021.

44. Об утверждении Инструкции об объеме и порядке оказания медицинской помощи пациентам медицинскими работниками, имеющими среднее специальное медицинское образование [Электронный ресурс] : постановление М-ва здравоохранения Респ. Беларусь, 10 дек. 2014 г., № 91 // КонсультантПлюс. Беларусь / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2021.

45. Об утверждении Инструкций по выполнению терапевтических лечебных и диагностических манипуляций [Электронный ресурс] : приказ М-ва здравоохранения Респ. Беларусь, 14 мая 2020 г., № 530 // ЭТАЛОН. Законодательство Республики Беларусь / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2021.

46. Об утверждении клинического протокола «Фармакотерапия хронической боли у пациентов с онкологической патологией» [Электронный ресурс] : приказ М-ва здравоохранения Респ. Беларусь, 10 дек. 2010 г., № 1318 // ЭТАЛОН. Законодательство Республики Беларусь / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2021.

47. Об утверждении Концепции развития сестринского дела в Республике Беларусь на 2021-2025 годы : приказ М-ва здравоохранения Респ. Беларусь, 31 дек. 2020 г., № 1438.

48. Об утверждении положения о работе команды врача общей практики [Электронный ресурс] : приказ М-ва здравоохранения Респ. Беларусь, 16 нояб. 2018 г., № 1185 // КонсультантПлюс. Беларусь / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2021.

49. Об утверждении примерного табеля оснащения изделиями медицинского назначения и медицинской техники амбулаторно-поликлинических и больничных организаций здравоохранения [Электронный ресурс] : приказ М-ва здравоохранения Респ. Беларусь, 16 нояб. 2018 г., № 1180: с изм. и доп. от 05.05.2020 г. № 512 // Эталон. Законодательство Республики Беларусь / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2021.

50. Об утверждении Рекомендаций (временных) об оказании медицинской помощи пациентам с COVID-19 инфекцией и Алгоритмов: приказ М-ва здравоохранения Республики Беларусь, 11.01.2022г., № 20 с изм. и доп. // Эталон. Законодательство Республики Беларусь / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2022.

51. Об утверждении штатных нормативов медицинских работников амбулаторий общей практики и амбулаторий [Электронный ресурс] : приказ М-ва здравоохранения Респ. Беларусь, 30 марта 2005 г., № 95 : в ред. приказа М-ва здравоохранения Респ. Беларусь от 20.01.2018 г. № 40 // КонсультантПлюс. Беларусь / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2021.

52. Обеспечение сотрудничества между услугами первичной медико-санитарной помощи и общественного здравоохранения / Всемир. орг. здравоохранения, Европ. регион. бюро. – Копенгаген: Европ. регион. бюро ВОЗ, 2018. – 48 с.

53. Общественное здоровье и здравоохранение : учеб. пособие / Н. Н. Пилипцевич [и др.] ; под ред. Н. Н. Пилипцевича. – Минск : Новое знание, 2015. – 782 с.

54. Организация медико-социального ухода за пациентами на дому. Руководство для специалистов, вовлеченных в ВИЧ-сервисную и другую медико-социальную деятельность : учеб. пособие для слушателей системы последиплом. мед. образования / Т. В. Матвейчик [и др.]. – Минск : Адукацыя і выхаванне, 2011. – 368 с.

55. Основы ухода на дому : пособие для волонтеров Службы сестре милосердия / Белорус. О-во Красного Креста. – Минск : Белсэнс, 2011. – 123 с.

56. От Алма-Аты до Астаны: первичная медико-санитарная помощь – осмысление прошлого, преобразование во имя будущего : предвар. докл. от Европ. региона ВОЗ / Всемир. орг. здравоохранения, Европ. регион. бюро. – Копенгаген: Европ. регион. бюро ВОЗ, 2018. – 79 с.

57. Отчет о совещании главных медицинских сестер Европейского региона ВОЗ, Варшава, Польша, 7–8 окт. 2011 г. / Всемир. орг. здравоохранения, Европ. регион. бюро. – Копенгаген : ЕРБ ВОЗ, 2012. – 29 с.

58. План мероприятий (дорожная карта) по реализации Концепции развития сестринского дела в Республике Беларусь на 2021-2025 годы : дополнение к приказу М-ва здравоохранения Респ. Беларусь от 22.01.2021 г.

59. Прошасев, К.И., Ильницкий, А.Н., Жернакова, Н.И. Основные гериатрические синдромы (учебное пособие). – М.: АНО НИМЦ «Геронтология», 2012 – 136 с.

60. Распространенность факторов риска неинфекционных заболеваний в Республике Беларусь. STEPS 2016 / Всемир. орг. здравоохранения, Европ. регион. бюро. – Минск : Страновой офис ВОЗ, 2017. – 247 с.

61. Результаты исследований социальных и гуманитарных наук: междисциплинарный подход и синергетический эффект: монография / И. А. Бондаренко [и др.]; под ред. И.А. Бондаренко, О.А. Подкопаева. – Самара: Поволж. науч. корпорация, 2018. – 316 с.

62. Рекомендации в отношении проведения оценок и составления схем организации ухода, ориентированного на потребности людей в системе медико-санитарной помощи. – ВОЗ : Копенгаген, 2019. – 96 с.

63. Руководство по принятию решений о медицинском лечении в ситуациях конца жизни / Ком. по биоэтике Совета Европы. – Страсбург : Совет Европы, 2014. – 32 с.
64. Оказание комплексной помощи пожилым людям (ICOPE). Методическое пособие. Рекомендации в отношении проведения оценок и составления схем организации ухода, ориентированных на потребности людей, в первичном звене медико-санитарной помощи [Электронный ресурс]. – Женева : Всемирная организация здравоохранения, 2019. – Режим доступа: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326843/WHO-FWC-ALC-19.1-rus.pdf?ua=1>. – Дата доступа: 28.01.2022.
65. Романова, А. П. Модели динамики смертности населения Беларуси на рубеже XX-XXI вв. / А. П. Романова, О. В. Красько ; Белорус. мед. акад. последиплом. образования. – Минск: БелМАПО, 2020. – 660 с.
66. Сачек, М. М. Пациентоориентированное здравоохранение / М. М. Сачек, А. В. Маймур // Вопр. орг. и информатизации здравоохранения. – 2021. – № 3. – С. 33–44.
67. Свентуховская, Н. Специфические санитарно-эпидемиологические требования: изменения и дополнения (часть 1) / Н. Свентуховская // Гл. мед. сестра. – 2021. – № 1. – С. 6–10.
68. Симуляционное обучение в медицине / Рос. о-во симуляц. обучения в медицине ; сост. М. Д. Горшков ; под ред. А. А. Свистунова. – М. : Изд-во Перв. МГМУ им. И. М. Сеченова, 2013. – 288 с.
69. Смычек, В. Б. Медико-социальная экспертиза и реабилитация : монография / В. Б. Смычек, Г. Я. Хулуп, В. К. Милькаманович. – Минск : Юнипак, 2005. – 420 с.
70. Современные достижения и передовой опыт в здравоохранении : [сб. избр. ст.] / сост. А. Н. Зверев. – М. : Панорама, 2021. – 250 с.
71. Состояние акушерского дела в мире 2021 г. : доклад Фонда ООН и Международной конфедерации акушеров, 2021 [Электронный ресурс] // Всемирная организация здравоохранения. – Режим доступа: <https://www.who.int/ru/director-general/speeches/detail/launch-and-policy-dialogue-of-the-state-of-the-world-s-midwifery-2021-report>. – Дата доступа: 28.10.2021.
72. Современные вызовы образования и психологии формирования личности : монография / Чуваш. респ. ин-т образования М-ва образования и молодеж. политики Чуваш. Респ. ; редкол.: Ж. В. Мурзина, О. Л. Богатырева. – Чебоксары : Среда, 2020. – 232 с.
73. Современные проблемы совершенствования медико-социальной помощи : монография / В. С. Глушанко [и др.] ; Белорус. гос. ун-т [и др.] ; под общ. ред. В. В. Колбанова. – Витебск : ВГМУ, 2008. – 185 с.
74. Содействие здоровому образу жизни : учеб.-метод. пособие / Т. В. Матвейчик [и др.] ; науч. ред. Т. В. Матвейчик. – Минск : Респ. ин-т проф. образования, 2011. – 276 с.
75. Сопроводительное руководство медицинской сестре по общению и уходу за пациентами психиатрического и наркологического профиля / Т. В. Матвейчик [и др.]. – Минск : Белпринт, 2012. – 188 с.
76. Состояние сестринского дела в мире 2020 г.: вложение средств в образование, рабочие места и воспитание лидеров / Всемир. орг. здравоохранения. – Женева : ВОЗ, 2020. – 144 с.
77. Сурожский, А. О современной медицинской этике / А. Сурожский. – СПб. : Возрождение, 2009. – 63 с.
78. Терминология по общественному здоровью и здравоохранению / Е. Л. Богдан [и др.] ; Респ. науч.-практ. центр мед. технологий, информатизации, упр. и экономики здравоохранения. – Минск : РНПЦ МТ, 2017. – 119 с.
79. Королев, А. А. Применение индекса Бартела для оценки постинсультных больных с двигательными расстройствами / А. А. Королев, Г. А. Суслова // Успехи соврем. естествознания. – 2010. – № 12. – С. 58–59.

80. Шабунин, А. В. Симуляционное обучение : руководство / А. В. Шабунин, Ю. И. Логинов. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 792 с.
81. Щавелева М.В. Потребность медицинских работников в психологической поддержке во время пандемии COVID-19 / М.В. Щавелева [и др.]. // Материалы науч. трудов XII Междунар. науч.-практ. интернет-конференции «Состояние здоровья: медицинские, социальные и психолого-педагогические аспекты» / Забайкал. гос. ун-т; отв. ред. С.Т. Кохан. – Чита: Забайкал. гос. ун-т, 2021. – С.931-937.
82. Fedarko N. The biology of aging and frailty // Clin. Geriatr. Med. – 2011; 27 (1): 27–37.
83. Fried L. P., Ferrucci L., Darer, J., Williamson J. D., Anderson G. Untangling the concepts of disability, frailty, and comorbidity: implications for improved targeting and care // Journals of Gerontology Series A-Biological Sciences & Medical Sciences. – 2004; 59 (3): 255–63.
84. Gobbens R., Van Assen M., Luijckx K., Wijnen-Sponselee M., Schols J. Determinants of frailty // JAMDA. – 2010; 5: 356–64.
85. Maynard, A. Incentives in health care: the shift in emphasis from the implicit to the explicit / A. Maynard // Human resources for health in Europe / C. A. Dubois, M. McKee, E. Nolte. – London, 2005. – Ch. 8. – P. 140–154.
86. Miller, J. F. Coping with chronic illness: overcoming powerlessness / J. F. Miller. – 2nd ed. – Philadelphia : F. A. Davis Company, 1992. – 442 p.
87. Rockwood K. Frailty defined by deficit accumulation and geriatric medicine defined by frailty // Clin. Geriatr. Med. – 2011; 27 (1): 7–26.

Полезные интернет-ресурсы

1. Матвейчик, Т. В. Методологические основы работы «Школы сахарного диабета» (для организаторов сестринского дела) [Электронный ресурс] / Т. В. Матвейчик, И. К. Билодид, А. А. Романовский. – Минск, 2010. – 168 с. – Режим доступа: http://www.belmapo.by/downloads/oziz/sestrinskoe_delo/shkola_sah_diabeta.pdf. – Дата доступа: 02.03.2021.
2. Матвейчик, Т. В. Модель организации труда помощника врача по амбулаторно-поликлинической помощи [Электронный ресурс] : монография / Т. В. Матвейчик, В. И. Иванова. – Минск : БелМАПО, 2013. – 191 с. – Режим доступа: https://drive.google.com/open?id=0B5leH2D6B_aQeU4wUnU5VUdWTVk. – Дата доступа: 02.03.2021.
3. Матвейчик, Т. В. Профилактическая работа помощника врача по амбулаторно-поликлинической помощи [Электронный ресурс] : учеб.-метод. пособие / Т. В. Матвейчик, Ю. В. Мещеряков ; Белорус. мед. акад. последиплом. образования. – Минск : БелМАПО, 2015. – 192 с. – Режим доступа: https://drive.google.com/file/d/0B5leH2D6B_aQN0V5MEpLeDBHbE0/view. – Дата доступа: 02.03.2021.
4. Матвейчик, Т. В. Проблемы в состоянии здоровья населения Республики Беларусь: возрастные аспекты смертности [Электронный ресурс] / Т. В. Матвейчик, В. В. Антипов, С. И. Антипова // Медицина. – 2015. – № 4. – С. 57–65. – Режим доступа: <https://belmapo.by/assets/templates/files/publications/oziz/img274.pdf>. – Дата доступа: 02.03.2021.
5. Матвейчик, Т. В. Элементы инновационного менеджмента в обучении специалистов сестринского дела (мастер-класс для организаторов сестринского дела) [Электронный ресурс] : учеб.-метод. пособие / Т. В. Матвейчик, С. Ф. Новицкая. – Минск : РНМБ, 2012. – 103 с. – Режим доступа: <http://med.by/content/ellibsci/BELMAPO/matvim.pdf> ; https://drive.google.com/open?id=0B5leH2D6B_aQT0VaVHdRQ2U5ODg. – Дата доступа: 01.04.2021.

6. Медико-социальное сопровождение пациента психиатрического и наркологического профиля в практике медицинской сестры [Электронный ресурс] : учеб.-метод. пособие / Т. В. Матвейчик [и др.]. – Минск : Ковчег, 2013. – 240 с. – Режим доступа: https://drive.google.com/drive/folders/0B5leH2D6B_aQYIJjVDAzVnJ2Mnc. – Дата доступа: 01.04.2021.

7. Основы сестринской педагогики и повышения профессионального мастерства [Электронный ресурс] : учеб.-метод. пособие / Т. В. Матвейчик [и др.]; Белорус. мед. акад. последиплом. образования. – Изд. 2-е, перераб. и доп. – Минск : РНМБ, 2012. – 160 с. – Режим доступа: <http://med.by/content/ellibsci/BELMAPO/matvossp.pdf>. – Дата доступа: 01.04.2021.

8. Содействие здоровому образу жизни [Электронный ресурс] : пособие для педагогов, мед. и соц. работников / под науч. ред. Т. В. Матвейчик. – Минск : РИПО, 2011. – 276 с. – Режим доступа: https://drive.google.com/open?id=0B5leH2D6B_aQWjlMYIZYNXdkOD. – Дата доступа: 02.04.2021.

9. Сопроводительное руководство медицинской сестре по общению и уходу за пациентами психиатрического и наркологического профиля [Электронный ресурс] : для обучающихся на курсах «Организация сестринского дела», «Врач общей практики» мед. вузов и колледжей, мед. персонала наркол. и психиатр. профиля работы / Т. В. Матвейчик [и др.]. – Минск : БелМАПО, 2012. – 140 с. – Режим доступа: https://drive.google.com/drive/folders/0B5leH2D6B_aQYIJjVDAzVnJ2Mnc. – Дата доступа: 02.04.2021.

10. Уйти из роддома без ребенка: почему женщины отказываются от новорожденных? [Электронный ресурс] / О. Шихова // Волонтеры в помощь детям-сиротам. – 2019. – Режим доступа: <https://www.otkazniki.ru/events/histories/uyti-iz-roddoma-bez-rebenka-pochemu-zhenshchiny-otkazyvayutsya-ot-novorozhdennykh/>. – Дата доступа: 28.01.2022.

11. Проблема отказов от новорожденных детей [Электронный ресурс] / С. Трушкина // Милосердие.ru. – 2007. – Режим доступа: <https://www.miloserdie.ru/article/problema-otkazov-ot-novorozhdennyh-detej/>. – Дата доступа: 02.04.2021.

12. Комплексная помощь пожилым людям : рекомендации по реализации мероприятий на уровне местных сообществ для контроля снижения индивидуальной жизнееспособности [Электронный ресурс] / Всемир. орг. здравоохранения. – Женева : ВОЗ, 2021. – Режим доступа: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258981/9789240024113-rus.pdf?sequence=10&isAllowed=y>. – Дата доступа: 02.04.2021.

13. World Population Ageing 2017: Highlights [Electronic resource] / United Nations, Department of Economic and Social Affairs. – 2017. – Mode of access: https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WPA2017_Highlights.pdf. – Date of access: 02.04.2021.

14. Цели в области устойчивого развития [Электронный ресурс] // Организация Объединенных Наций. – Режим доступа: <https://sdgs.un.org/ru/goals>. – Дата доступа: 02.04.2021.

15. Global strategy and action plan on ageing and health [Electronic resource] / World Health Organization. – 2017. – Mode of access: <https://www.who.int/ageing/WHO-GSAP-2017.pdf>. – Date of access: 02.04.2021.

16. Framework on integrated, people-centred health services: report by the Secretariat [Electronic resource] / World Health Organization. – 2016. – Mode of access: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/252698/A69_39-en.pdf?sequence=1&isAllowed=y. – Date of access: 02.04.2021.

Научное издание

Матвейчик Татьяна Владимировна

Русак Светлана Михайловна

Байда Александр Васильевич

Романовский Алексей Антонович

Обеспечение сестринского процесса в оказании медицинской помощи пациентам на дому

В авторской редакции

Подписано в печать 01.04.2022. Формат 60х84/16. Бумага Офсетная.

Печать цифровая. Гарнитура «Times New Roman».

Усл. печ. л. 9,5. Уч.- изд. л. 9. Тираж 99 экз. Заказ 778.

Отпечатано с готового оригинал-макета в ООО «Ковчег»
Свидетельство о государственной регистрации издателя, изготовителя,
распространителя печатных изданий

№ 1/381 от 01.07.2014

ул. Л. Беды, 11/1-205, 220040 г. Минск.

Тел./факс: (017) 379 19 81

e-mail: kovcheg_info@tut.by

621456

Пособие содержит методологически разработанные технологии ухода на дому помощниками врача по амбулаторно-поликлинической помощи и медицинскими сестрами с акцентом на гериатрического пациента. Соответствует программным документам по развитию сестринского дела в Республике Беларусь, с учетом рекомендаций международных организаций, новым технологиям на основе включения элементов цифровизации в форме электронной карты пациента, протоколов ухода на основе сестринского процесса и взаимодействия с семьей пациента с учетом особенностей, обусловленных пандемией коронавирусной инфекции.

Предназначено для системы дополнительного образования лиц, обучающихся по специальности 1-79-01-06 «Сестринское дело» и по специальности 1-86-01-01 «Социальная работа», практикующим помощникам врача по амбулаторно-поликлинической помощи, медицинским сестрам общей практики, акушеркам и социальным работникам, а также людям, интересующимся проблемами ухода за пациентами на дому.

ISBN 978-985-884-147-8



9 789858 841478