

СЕСТРИНСКИЙ ПРОЦЕСС В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ

© ПЕТРОВА Н.Г., МИННУЛЛИН Т.И., 2015

УДК 616.831-005-036.11-083:614.253.52

Петрова Н.Г., Миннуллин Т.И.

О ПРОБЛЕМЕ ОРГАНИЗАЦИИ СЕСТРИНСКОГО УХОДА, КАК ФАКТОРЕ УСПЕШНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ НАРУШЕНИЕМ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

ГБОУ ВПО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. И.П. Павлова»
Минздрава России, 197022, г. Санкт-Петербург, Россия

Острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) характеризуется многообразной симптоматикой, вызывающей ряд проблем у пациентов, которые требуют сестринских вмешательств как зависимых (т. е. проводимых по назначению врача), так и независимых (проводимых самостоятельно). Их полное качественное выполнение является одним из условий последующей успешной реабилитации. Целью исследования являлось определение объема сестринских вмешательств среди больных с ОНМК на основе установленных сестринских диагнозов (проблем пациентов). На основании специально разработанной Карты исследования было проведено изучение характера проблем и частоты различных сестринских вмешательств среди пациентов, лечившихся в специализированном отделении для больных с ОНМК (объем выборки – 50 человек). Исследование показало, что основными видами независимых сестринских вмешательств являлись: проведение бесед с пациентами и их родственниками о заболевании, его течении и исходе (частота выполнения 97,5% в 1-е сутки госпитализации); оказание помощи в осуществлении личной гигиены (90%); обучение родственников и пациентов приемам ухода и самоухода, элементам массажа и самомассажа, обучение применению биндажей и компрессионного белья (87,5 и 85%); ранняя вертикализация (60%), смена подгузников (52,5%), частая смена положения тела больных (47,5%), занятия дыхательной гимнастикой (45%); использование противопролежневых матрасов (35%); помощь при кормлении (42,5%). При этом регламентация труда среднего медицинского персонала (включая четкий классификатор услуг, их документирование, наличие стандартов, возможность оценки качества и пр.) практически отсутствует. Создание соответствующих нормативных документов будет способствовать объективизации деятельности специалистов сестринского дела, обеспечению преемственности в их работе на всех этапах реабилитации пациентов.

Ключевые слова: сестринский уход; сестринский процесс; острое нарушение мозгового кровообращения; реабилитация.

Для цитирования: Петрова Н.Г., Миннуллин Т.И. О проблеме организации сестринского ухода как факторе успешной реабилитации больных с острым нарушением мозгового кровообращения. *Медико-социальная экспертиза и реабилитация*. 2016; 19 (2): 109–112. DOI: 10.18821/1560-9537-2016-19-2-109-112

Для корреспонденции: Петрова Наталья Гурьевна, д-р мед наук, профессор, заведующая кафедрой сестринского дела; 197022, г. Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6-8, E-mail: petrova-nataliya@bk.ru.

Petrova N. G., Minnullin T. I.

ON THE PROBLEM OF NURSING CARE ORGANISATION AS A FACTOR OF SUCCESSFUL REHABILITATION OF STROKE PATIENTS

St. Petersburg State I. P. Pavlov Medical University, St. Petersburg, 197022, Russian Federation

The stroke is characterized by multivarious symptoms, causing a number of patients' problems which require nursing interventions as dependent (i.e. carried out according to a doctor order and independent (carried out independently). Their complete qualitative performance is one of the conditions for the subsequent successful rehabilitation. The aim of the study was the determination of the amount of nursing interventions in stroke patients on the base of established nursing diagnoses (patient problems). This study was carried out on the basis of a specially developed Card of the study. There was performed an investigation of the character of problems and the rate of various nursing interventions in patients treated in a specialized department for stroke patients (the sample size – 50 persons.). The study showed that the main types of independent nursing interventions were: interviews with patients and their relatives about the disease, its course and outcome (frequency of the performance - 97.5% in the first day of hospitalization); assisting in the implementation of personal hygiene (90.0%); training of relatives and patients in care and self-care techniques, elements of massage and self-massage, training in the use of bandages and compression hosiery (87.5% and 85.0%); early verticalization (60.0%), changing diapers (52.5%), frequent changes in body position of patients (47.5%), respiratory gymnastics classes (45.0%); the using of anti-decubitus mattresses (35.0%); help with feeding (42.5%). In this, the regulation of nursing auxiliary employment (including a clear classifier of services, their documentation, the existence of standards, the ability to assess the quality and so on) is practically absent. The establishment of appropriate regulations will contribute to the objectification of the activities of specialists in nursing care, to the assurance of the consistency in their work at all stages of the rehabilitation of patients.

Key words: nursing care; nursing process; stroke; rehabilitation.

For citation: Petrova N. G., Minnullin T. I. On the problem of nursing care organisation as a factor of successful rehabilitation of stroke patients. *Mediko-sotsyal'naya ekspertiza i reabilitatsiya (Medical and Social Expert Evaluation and Rehabilitation, Russian Journal)*. 2016; 19(2): 109–112. (In Russ.). DOI: 10.18821/1560-9537-2016-19-1-109-112

For correspondence: *Natalia G. Petrova*, MD, PhD, D. Sci., Prof, Head of the Department of the Nursing Care, St. Petersburg, 197022, Russian Federation, E-mail: petrova-nataliya@bk.ru

Conflict of interest. The authors declare no conflict of interest.

Funding. The study had no sponsorship.

Received 06 December 2015

Accepted 22 December 2015

Острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК, инсульт) – одна из наиболее тяжелых форм сосудистых поражений головного мозга. Распространенность данного заболевания в мире постоянно растет, так же как и инвалидизация в результате него, в том числе среди лиц трудоспособного возраста [1, 2]. Проявлением ОНМК является остро возникающий дефицит мозговых функций и связанные с ним проблемы ограничений жизнедеятельности. Многочисленные нарушения можно классифицировать следующим образом [3, 4].

1. Нарушения жизненно важных функций человеческого организма: сознания (оглушенность или полное отсутствие); ритма, глубины и частоты дыхания (вплоть до его остановки); падение артериального давления, учащенное сердцебиение (с возможной остановкой сердечной деятельности); непроизвольные мочеиспускание и/или опорожнение кишечника.

2. Очаговая неврологическая симптоматика (нарушение функций черепных нервов, включая остро возникшую асимметрию лица; невнятную речь; нарушения зрения, афазию, непонимание обращенной речи; частичный или полный паралич конечностей с повышением тонуса поперечно-полосатой мускулатуры; судорожный синдром).

3. Проявления менингеального синдрома, обусловленного раздражением мозговых оболочек.

Сроки реабилитации больных определяются изменениями, происходящими в области очага поражения, уровнем сознания, состоянием гемодинамики, а ее длительность зависит от характера и степени функционального дефекта [5]. В соответствии с перечисленными выше проблемами (последствиями) инсульта основными задачами реабилитации больных являются восстановление двигательных, речевых, психических и других нарушенных функций, психическая и социальная реадaptация больных, включая восстановление способности к самообслуживанию, социальной активности, межперсональным отношениям и там, где это возможно, восстановление трудоспособности [6].

Огромную роль в реабилитации больных с ОНМК играет средний медицинский персонал, функции которого многогранны [7]. В частности, первостепенную роль играет организация рационального ухода. По мнению экспертов ВОЗ, достижение бытовой «независимости» через 3 мес после развития инсульта возможно при правильном уходе не менее чем у 70% выживших в течение первого месяца [8]. Правильный уход в числе прочего подразумевает двигательную реабилитацию больных уже в ранней фазе инсульта, которая как способствует лучшему восстановлению двигательных функций, так и снижает риск развития наиболее частых постинсультных осложнений: аспирационной пневмонии и тромбоза вен нижних конечностей. Проведение активных реабилитационных мероприятий способствует лучшей адаптации к повседневной жизни.

Организация правильного питания также является неотъемлемой частью лечебного процесса [9]. Выше отмечалось, что нарушение глотания (дисфагия) является одним из проявлений ОНМК; это имеет место почти у

30% больных в остром периоде заболевания (в течение первой недели инсульта). Возникающие в связи с этим недостаточное питание и дегидратация в свою очередь могут вести к более серьезным системным нарушениям. Поэтому медицинскими сестрами осуществляется детализированная оценка глотательной функции, кормление пациента (или помощь ему в процессе принятия пищи), при необходимости организуется целенаправленная консультация врачей (невролога, диетолога).

Также следует отметить роль среднего медицинского персонала в оказании психологической помощи и поддержки пациенту и членам его семьи, координация усилий других специалистов, что особенно проявляется в работе мультидисциплинарной бригады [10, 11].

Сестринская деятельность в максимальной степени соответствует появившейся в последние годы в медицине концепции «4П медицина»: предсказательная, профилактическая, персонализированная, партнерская [12]. Ее систематизирующим началом является персонализация – индивидуальный подход, предсказание возможных осложнений и их профилактика, формирование партнерских отношений с пациентами.

Согласно современным представлениям о рациональной организации деятельности сестринского персонала [8], необходимым условием является установление сестринского диагноза (основанного на определении потребностей пациента, связанных с ограничениями его функционирования) и осуществление лечения реакций человека на фактически существующие или возможные проблемы, связанные со здоровьем (что практически не используется в нашей стране).

Учитывая приведенные данные, нами было проведено исследование, целью которого являлось определение объема сестринских вмешательств среди больных с ОНМК на основе установленных сестринских диагнозов (проблем пациентов).

Материал и методы

Исследование проводилось на базе неврологического отделения для больных с ОНМК крупной городской больницы Санкт-Петербурга. Выборка пациентов включала 50 человек. Среди изученной совокупности 25% составили лица моложе 60 лет; 30% – 60–69 лет; 45% – 70 лет и старше. Большинство (82,5%) пациентов лечилось по поводу ишемического инсульта (17,5% – по поводу геморрагического). В выборку не включались наиболее «тяжелые» пациенты, умершие в первые 3 сут пребывания в стационаре. В ходе работы была составлена специальная «Карта изучения потребностей пациента», в которую специально подготовленные (с учетом международных требований) медицинские сестры вносили сестринские диагнозы, содержавшие перечень проблем пациентов, а также проводимые ими вмешательства (как связанные с назначениями врачей, так и самостоятельные, необходимость которых обуславливалась соответствующим диагнозом). Мониторинг потребностей пациентов осуществлялся в течение всего периода пребывания в стационаре (который в среднем составил 14,2 сут). Однако «контрольными» точками, позволяющими определить динамику потребностей

Частота различных сестринских вмешательств у пациентов с ОНМК (на 100 лечившихся)

Характер вмешательств	Сроки пребывания в стационаре, сут		
	1-е	3-и	7-е
Ранняя вертикализация	60,0	60,0	55,0
Частая смена положения тела	47,5	47,5	45,0
Использование противопролежневых матрасов	35,0	35,0	35,0
Дыхательная гимнастика	45,0	42,5	42,5
Дополнение назначения врача (медикаментозное лечение)	100,0	100,0	97,5
Помощь в осуществлении личной гигиены	90,0	90,0	82,5
Помощь при кормлении	42,5	40,0	42,5
Использование подгузников	52,5	50,0	48,5
Применение бандажей	85,0	25,0*	–
Постановка мочевого катетера	7,5	2,5*	–
Постановка назогастрального зонда	15,0	15,0	10,0
Обучение родственников и пациентов уходу (самоуход)	87,5	47,5*	–
Беседа с пациентами и родственниками	97,5	47,5*	–
Прочие	2,5	2,5	2,5
Среднее число	9,4±0,5	7,7±0,4	6,4±0,3

Примечание. * – различия статистически достоверны.

и объема сестринских вмешательств, явились: 1, 3, 7-е сутки госпитализации и сутки, предшествующие выписке из стационара. Обработка данных проводилась с использованием пакета прикладных программ Statistica 6. Были рассчитаны интенсивные статистические показатели (и их ошибки), средние величины (и их ошибки). Оценка различий показателей (средних величин) проводилась с использованием критерия Стьюдента (принимался второй порог надежности).

Результаты и обсуждение

Проведенный анализ показал, что в среднем у пациентов с ОНМК в первые сутки их пребывания в стационаре было выявлено 6,3±0,3 проблемы (на одного обследованного), которые потребовали тех или иных сестринских вмешательств (к 7-м суткам пребывания среднее число проблем сократилось до 4,8±0,4). Основными проблемами являлись: наличие парезов и параличей (у 90% пациентов в 1-е сутки госпитализации); дефицит самоухода (87,5%); болевой синдром (85%); выраженные эмоциональные нарушения (67,5%); дизартрия и афазия (72,5 и 17,5% соответственно); длительное горизонтальное положение (57,5%); психические нарушения (22,5%); дисфагия (12,5%); пролежни (10%).

Изучение характера сестринских вмешательств, направленных на решение перечисленных (и прочих, более редко встречающихся проблем) (см. таблицу), показало, что наиболее частым из них было проведение бесед с пациентами и их родственниками о заболевании, его течении и исходе. Если в 1-е сутки частота данного вмешательства составляла 97,5%, то в последую-

щем она значительно снижалась, практически до нуля к концу 1-й недели пребывания в стационаре. Высока частота такого сестринского вмешательства, как оказание помощи в осуществлении личной гигиены. В 1-е сутки данная помощь осуществлялась в 90% случаев, к концу недели – в 82,5%. Примерно с такой же частотой средний медицинский персонал занимался обучением родственников и пациентов приемам ухода и самоухода, элементам массажа и самомассажа и обучением в применении бандажей и компрессионного белья (87,5 и 85% соответственно). В динамике к концу 7-х суток необходимости в этих вмешательствах не было.

Проблема длительного горизонтального положения больных с ОНМК сопряжена с такими видами сестринских вмешательств, как ранняя вертикализация (проводилась 60% пациентов в 1-е сутки), смена подгузников (52,5%), частая смена положения тела больных (47,5%), занятия дыхательной гимнастикой (45%) и использование противопролежневых матрасов (35%). При этом важно отметить, что в динамике частота этих вмешательств снизилась несущественно ($p = 0,065$).

Почти половине (42,5%) пациентов требовалась сестринская помощь при кормлении (при отсутствии динамики данного показателя за период пребывания в стационаре). Такие сестринские вмешательства, как постановка назогастрального зонда и постоянного мочевого катетера, встречались в 1-е сутки наблюдения с частотой 15 и 7,5% соответственно. В динамике к концу недели показатели снижались, а в постановке постоянного мочевого катетера необходимость и вовсе исчезла. Обработка пролежней проводилась в 10% случаев в 1-е сутки и в 12,5% – на 7-е.

Важно отметить, что такие сестринские вмешательства, как выполнение медикаментозных назначений лечащих врачей и вторичная профилактика заболевания, проводились постоянно всем пациентам.

Такое тяжелое заболевание, как ОНМК, сопровождается многочисленной симптоматикой и вызывает у пациентов ряд проблем, в решении которых определяющую роль играет средний медицинский персонал. Причем от адекватности сестринских вмешательств зависит дальнейший прогноз течения заболевания (в том числе в плане профилактики различных осложнений, включая застойную пневмонию, пролежни и пр.). По мере лечения объем сестринских вмешательств сокращается. Особенно эта касается таких их видов, как обучение родственников и пациентов применению бандажей и компрессионного белья, приемам ухода и самоухода, элементам массажа и самомассажа, информирование о заболевании, его течении и исходе (к 7-м суткам сестринское участие по ним не требовалось вообще). В то же время к концу 1-й недели госпитализации примерно половине пациентов требовалась сестринская помощь в ранней вертикализации, частой смене положения тела, дыхательной гимнастике, кормлении, использовании подгузников (за период пребывания в стационаре данные показатели существенно не изменились); трети пациентов необходимо было использование противопролежневых матрасов; примерно каждому 10-му пациенту требовалась постановка назогастрального зонда и обработка пролежней (в динамике частота обработки пролежней имела тенденцию к росту); каждому 13–15-му пациенту необходима была постановка постоянного мочевого катетера и выдача слабительных препаратов.

Несмотря на такой большой объем сестринских вмешательств, регламентация труда среднего медицинского

персонала (вообще и применительно к анализируемому контингенту больных) практически отсутствует. В приказе Минздрава России № 1740н, определяющем стандарт оказания медицинской помощи при инфаркте мозга (аналогичные приказы, регламентирующие оказание помощи при других видах ОНМК, отсутствуют вообще), из числа услуг, оказываемых медицинским персоналом со средним профессиональным образованием, выделено только суточное наблюдение реанимационных пациентов. Все остальные (причем в достаточно ограниченном «ассортименте») мероприятия реабилитационного характера, видимо, должны проводиться другими специалистами.

В приказе Минздрава России № 928н, содержащем Порядок оказания медицинской помощи больным с ОНМК, определены (среди прочего) нормативы среднего медицинского персонала неврологического отделения для больных с ОНМК. В частности, предусмотрено наличие 1 ставки дневной постовой медицинской сестры на 12 коек, 4,75 ставки медицинской сестры для обеспечения круглосуточной работы (на 12 коек) и 4,75 ставки младшей медицинской сестры по уходу для обеспечения круглосуточной работы (на 12 коек). При этом ни данным, ни другими документами не разграничены четко функции всех перечисленных категорий среднего медицинского персонала в обеспечении сестринского ухода и выполнении других профессиональных задач.

Таким образом, существующая нормативно-правовая база не учитывает в должной степени особенности регламентации труда среднего медицинского персонала в организации сестринского ухода и проведении ранних реабилитационных мероприятий пациентам с ОНМК на этапе оказания специализированной медицинской помощи.

Заключение

Необходимо создание четкой классификации сестринских услуг, оказываемых пациентам с ОНМК (с определением их частоты и кратности, причем дифференцированно в зависимости от тяжести состояния пациентов), а также их стоимости (которая должна быть включена в медико-экономические стандарты). После принятия соответствующей классификации необходимо определить категории медицинского персонала, участвующие в оказании тех или иных услуг. Далее в соответствии с принятой классификацией необходимо проведение хронометража трудозатрат среднего медицинского персонала с определением как времени на работу с пациентами, так и других временных затрат. По итогам хронометража могут быть сформированы научно обоснованные нормативы числа должностей отдельных специалистов среднего звена, необходимых для оказания качественной помощи больным с ОНМК. Для контроля объема и качества оказанных сестринских услуг должна быть утверждена форма сестринской истории болезни (или лист-вкладыш в основную историю болезни). При этом за ее основу может быть взята разработанная нами в ходе исследования карта. Для сохранения преемственности сестринского наблюдения (в том числе сестринских реабилитационных услуг) на стационарном и послестационарном этапах сведения о существующих проблемах пациента при выписке должны вноситься в выписной эпикриз, выдаваемый пациенту при выписке.

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Петросян К.М. Анализ первичной инвалидности вследствие cerebrovascularных болезней в РФ, Центральном Федеративном округе и городе Москве. *Мед.-соц. эксперт. и реабил.* 2014; (2): 21–3.
2. Go T.S., Mozaffarian D., Roger V.L., Benjamin E.J. Heart disease and stroke statistics – 2013 update: a report from the American Heart Association. *Circulation.* 2013; 127 (1): 6–245.
3. Гусев Е.И., Коновалов А.Н., Скворцова В.И., Гехт А.Б. *Неврология: Национальное руководство.* М.: ГЭОТАР-Медиа; 2009.
4. Devos H., Tant M., Akinwuntan A. On-road driving impairments and associated cognitive deficits after stroke. *Cerebrovasc. Dis.* 2014; 29 (3): 226–32.
5. Арабидзе Г.Г., Кузнецова С.Н., Куденцева Е.А. Терапевтические и деонтологические аспекты реабилитации пациентов, перенесших ишемический инсульт. *Мед.-соц. эксперт. и реабил.* 2014; 2: 6–10.
6. Михайленко А.А. *Клиническая неврология: Учебное пособие.* СПб.; 2012.
7. Егорова О.Ю. Особенности работы медицинской сестры в реабилитации пациентов после инсульта. *Главная медицинская сестра.* 2014; 4: 30–40.
8. McCormack J., Reay H. Acute stroke research: challenges and opportunities for nurses. *Nurs. Stand.* 2013; 27 (32): 41–53.
9. Aadal L., Angel S., Dreyer P., Langhorn L., Pedersen B. Nursing roles and functions in the inpatient neurorehabilitation of stroke patients: A literature review. *J. Neurosci. Nurs.* 2013; 45 (3): 159–69.
10. Ковальчук В.В., Миннуллин Т.И. Принципы организации деятельности мультидисциплинарных бригад, обеспечивающих реабилитацию пациентов, перенесших тяжелые неврологические заболевания. В кн.: *Актуальные вопросы здравоохранения и медицинского образования: Сборник материалов конференции, посвященной памяти проф. И.В. Полякова* / Под ред. Н.Г. Петровой. СПб.; 2014: 70–4.
11. Kilpatrick K., Lavoie-Tremblay M., Lamonthe L., Ritchie G.A. Conceptual framework of acute care nurse practitioner role enactment, boundary work, and perceptions of team effectiveness. *J.A.M.A.* 2012; (19): 205–14.
12. Auffray C., Charrou D., Hood L. Predictive, preventive, personalized and participatory medicine: back to the future. *Genome Med.* 2010; 2 (8): 57–68.

REFERENCES

1. Petrosyan K.M. Analysis of primary disability due to cerebrovascular diseases in the Russian Federation, the Central District and the Federated in Moscow. *Med.-sots. ekspert. i rehabil.* 2014; (2): 21–3. (in Russian)
2. Go T.S., Mozaffarian D., Roger V.L., Benjamin E.J. Heart disease and stroke statistics – 2013 update: a report from the American Heart Association. *Circulation.* 2013; 127 (1): 6–245.
3. Gusev E.I., Kononov A.N., Skvortsova V.I., Gekht A.B. *Neurology: National guidance.* Moscow: GEOTAR-Media; 2009. (in Russian)
4. Devos H., Tant M., Akinwuntan A. On-road driving impairments and associated cognitive deficits after stroke. *Cerebrovasc. Dis.* 2014; 29 (3): 226–32.
5. Arabidze G.G., Kuznetsova S.N., Kudentseva E.A. Therapeutic and deontological aspects of rehabilitation of patients with ischemic stroke. *Med.-sots. ekspert. i rehabil.* 2014; (2): 6–10. (in Russian)
6. Mikhaylenko A.A. *Clinical Neurology: Tutorial.* St. Petersburg; 2012. (in Russian)
7. Egorova O.Yu. Features of the nurse in the rehabilitation of patients after a stroke at home. *Glavnaya meditsinskaya sestra.* 2014; (4): 30–40. (in Russian)
8. McCormack J., Reay H. Acute stroke research: challenges and opportunities for nurses. *Nurs. Stand.* 2013; 27 (32): 41–53.
9. Aadal L., Angel S., Dreyer P., Langhorn L., Pedersen B. Nursing roles and functions in the inpatient neurorehabilitation of stroke patients: A literature review. *J. Neurosci. Nurs.* 2013; 45 (3): 159–69.
10. Koval'chuk V.V., Minnullin T.I. The principles of organization of the multidisciplinary teams to ensure the rehabilitation of patients who have had severe neurological diseases. In: *Topical Issues of Health and Medical Education: Proceedings of the Conference, Dedicated to the Memory prof. I.V. Polyakova* / Ed. prof. N.G. Petrova. St. Petersburg; 2014: 70–4. (in Russian)
11. Kilpatrick K., Lavoie-Tremblay M., Lamonthe L., Ritchie G.A. Conceptual framework of acute care nurse practitioner role enactment, boundary work, and perceptions of team effectiveness. *J.A.M.A.* 2012; (19): 205–14.
12. Auffray C., Charrou D., Hood L. Predictive, preventive, personalized and participatory medicine: back to the future. *Genome Med.* 2010; 2 (8): 57–68.