

ПРОБЛЕМЫ ПАЦИЕНТОВ С ИНСУЛЬТАМИ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ПАТРОНАЖНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ

О.С. Белова, Н.А. Кошечева

Санкт-Петербургская государственная медицинская академия им. И.И. Мечникова

E-mail: FVSO@mail.ru

Приведены проблемы пациентов, перенесших инсульт.

Ключевые слова: инсульт, патронажная медсестра, анкетирование пациентов.

В мире ежегодно первичный или повторный инсульт переносят 15 млн человек. За рубежом инсульт называют «катастрофой мира», говорят о «глобальной эпидемии» инсульта. По прогнозам экспертов ВОЗ, к 2015 г. число умерших от инсульта превысит 6 млн человек, а в 2030 г. – 7,8 млн (5, 12).

В России ежегодно заболевают инсультом свыше 450 тыс. человек, в течение 1 мес умирают около 25% этих больных, а к концу года с момента заболевания – еще около 25%. К труду могут вернуться не более 15% переболевших, остальные остаются инвалидами и до конца жизни нуждаются в медико-социальной поддержке. Инсульт занимает 2-е место среди причин смерти и 1-е место среди причин инвалидности (6).

У большинства пациентов с последствиями инсульта в той или иной мере наблюдается психологическая и социальная дезадаптация, чему способствуют выраженный двигательный и речевой дефицит, болевой синдром, когнитивные и эмоционально-волевые нарушения, утрата прежнего социального статуса (15). Правильно организованный уход за пациентами в постинсультном периоде имеет огромное значение, так как позволяет предупредить осложнения, которые могут ухудшить состояние больного и способствовать неблагоприятному исходу заболевания, и соответственно повышает качество жизни таких пациентов (2, 3, 4, 7–11).

Мы поставили перед собой цель проанализировать задачи медсестры, связанные с обеспечением удовлетворительного качества жизни и психического здоровья у пациентов с инсультами, проходящих лечение на дому.

В ходе исследования определяли:

- степень ограничения основных видов жизнедеятельности (способность к самообслуживанию, передвижению), потребность в посторонней помощи пациентов, перенесших инсульт;
- реальные и потенциальные проблемы таких пациентов;
- уровень информированности родственников боль-

ного о данном заболевании и принципах ухода за пациентом, перенесшим инсульт;

- качество жизни (КЖ) таких пациентов.

Исследование проведено на базе городской поликлиники № 51 Санкт-Петербурга. Изучены задачи медсестры, осуществляющей патронажные посещения пациентов с инсультами.

Частота инвалидизации в результате острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) в значительной мере связана с развитием постинсультных осложнений. Наиболее частые из них:

- бактериальная пневмония; в большинстве случаев она обусловлена развитием аспирации, возникающей в результате нарушения глотания и откашливания; другие причины пневмоний – гипостаз, неадекватный кашлевой рефлекс и неподвижность (Davenport et al., 1996; Langhorne, 2000; Weimar et al., 2002);
- мочевиная инфекция; регистрируется у 40% пациентов, умирающих от инсульта, развивается в результате тазовых нарушений;
- тромбоэмболия легочной артерии (причина смерти около 25% пациентов с ишемическим инсультом);
- стресс-язвы; развиваются вследствие снижения вагусного воздействия, что приводит к гиперсекреции пепсина и желудочного сока;
- двигательные нарушения, связанные с развитием параличей, парезов, контрактур, артропатий, синдрома больного плеча; отмечаются у 81% пациентов;
- пролежни, трофические язвы;
- постинсультная эпилепсия – судороги, впервые возникшие на фоне инсульта, развиваются в 3–4% случаев (Olsen, 2001);
- когнитивные нарушения (снижение интеллекта, памяти, внимания); констатируются у 26% больных;
- аффективно-эмоциональные нарушения (депрессия, снижение активности) – у 20–60%;
- речевые нарушения: афазия – у 35,9%, дизартрия – у 13,4% (10).

Неврологические и эмоциональные нарушения негативно влияют на КЖ и его составляющие: физическую и социальную независимость (4). Ограничения нормального существования в постинсультном периоде стано-

вятся для пациентов важнее самой болезни. Чем выше трудовая активность, тем выше КЖ больных. Грамотно организованные и правильно выполненные реабилитационная программа и уход за пациентами с инсультами значительно повышает КЖ (Туркина Н.В., 2001).

Среди психологических проблем, оказывающих влияние на КЖ постинсультных больных, следует отметить «переживание разрыва с привычным образом жизни», «стыд за свое беспомощное состояние», «страх оказаться обузой для родных», «страх остаться инвалидом навсегда», «тоска из-за неподвижности и изоляции», «отсутствие веры в выздоровление, интереса к жизни», «страх смерти» (14).

В ряде исследований доказано влияние постинсультной депрессии на течение заболевания (она увеличивает риск смертности приблизительно на 50%, способствует формированию более значимых нарушений активности в повседневной жизни, усугубляет когнитивные нарушения, увеличивает продолжительность восстановительного периода и функциональной реабилитации, усугубляет проявления сопутствующих заболеваний).

В связи с этим основные задачи патронажной медсестры должны заключаться наряду с выполнением врачебных назначений в:

- определении нарушенных потребностей и проблем пациентов;
- привлечении пациента к самоуходу;
- организации ухода за пациентом на дому;
- обучении родственников;
- контроле навыков ухода у членов семьи пациента.

Медсестра, таким образом, помогает пациенту и его семье максимально приспособиться к новым условиям, выступает в роли организатора условий по поддержанию и восстановлению здоровья пациента, его консультанта и непосредственного исполнителя намеченных целей.

В исследование было включено 20 пациентов, перенесших инсульт, обслуживаемых на дому и отказавшихся от госпитализации. Пациентов в острейшем периоде инсульта, с нарушением сознания, когнитивных функций и с выраженными изменениями личности в исследовании не включали. Среди пациентов было 70% женщин и 30% мужчин.

Подавляющее большинство респондентов относились к возрастной группе от 70 до 79 лет, т.е. к категории лиц старческого возраста (рис. 1), и все были неработающими. Почти все проживали в семьях; лишь 1 респондент временно жил с родственником. У 40% опрошенных длительность заболевания и лечения на дому составляла до 1 мес, у 20,0% – от 1 до 3 мес, от 3 до 6 мес – тоже у 20,0% и от 6 мес до 1 года – у 10% (рис. 2).

В ходе анкетирования пациентов были выявлены следующие проблемы: практически всех беспокоили головные боли, головокружения, снижение остроты зрения (рис. 3).

У подавляющего большинства обследованных имелись нарушения речи и когнитивные расстройства (рис. 4).

Трудности при глотании испытывали 11 человек; преимущественно выявлялись поперхивание (у 42% больных), затруднения при глотании жидкой пищи (у 40%), слюнотечение (38,5%).

Отмечалось снижение чувствительности конечностей (у 69%). Полностью контролировали физиологические отправления – 75% пациентов, частично – 15%, не контролировали – 10%.

Из проблем, связанных с физиологическими отпра-

влениями, в большинстве случаев наблюдались недержание мочи (у 29%), задержка стула (у 47%) – рис. 5.

При обследовании пациентов обнаруживались нарушения координации (у 19%), устойчивости (у 21%), произвольные движения (у 13%), нарушение ходьбы (у 22%). 19% опрошенных не имели возможности передвигаться.

Основными навыками, сохранившимися у пациентов, были причесывание и пользование столовыми приборами (частота выявления – по 28%). Умение самостоятельно одеться, пользоваться туалетом, телефоном отмечались у меньшего числа обследованных (рис. 6).

Для объективной оценки КЖ определяли уровень повседневной жизненной активности по индексу Бартела. Оценивалась возможность выполнять 6 важных функций: принимать пищу, самостоятельно, контролировать физиологические отправления, перемещаться, осуществлять личный туалет, одеваться, мыться в ванне.

Выявлена существенная зависимость КЖ и всех его составляющих от степени тяжести функциональных нарушений. 30% пациентов имели высокий балл по индексу Бартела и соответственно у них отсутствовало ограничение свободного передвижения и самообслуживания; 70% нуждались в постороннем уходе.

Для оценки уровня психического здоровья использовалась госпитальная шкала тревоги и депрессии (Zigmond A.S., Snaith R.P., 1983; Wade D., 1982). По данным опроса, не имели нарушений в психоэмоциональной сфере 30% пациентов. У 70% имелись нарушения по типу депрессии или тревоги различной степени выраженности. Сочетание депрессии и тревоги наблюдалось у 25% опрошенных.

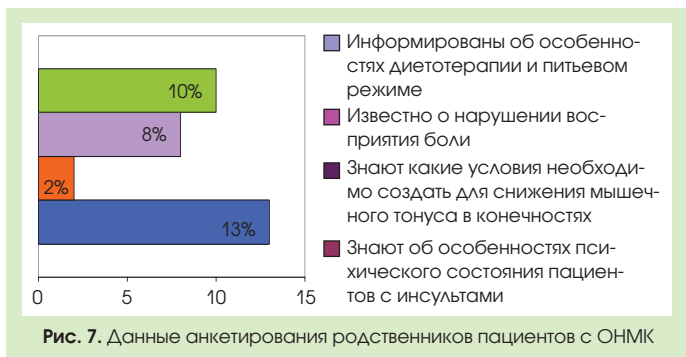
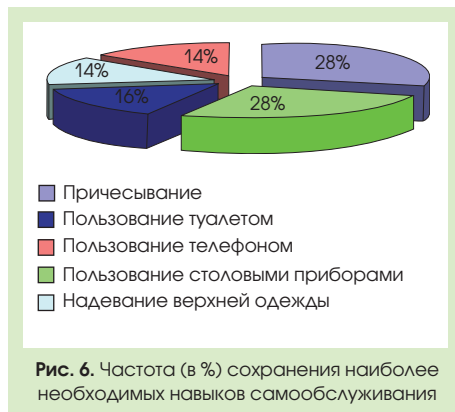
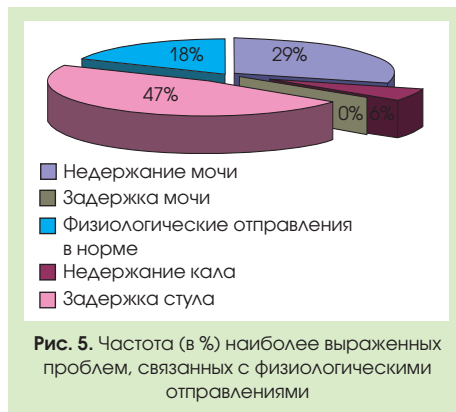
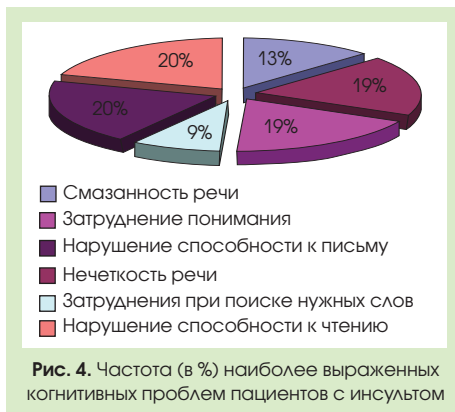
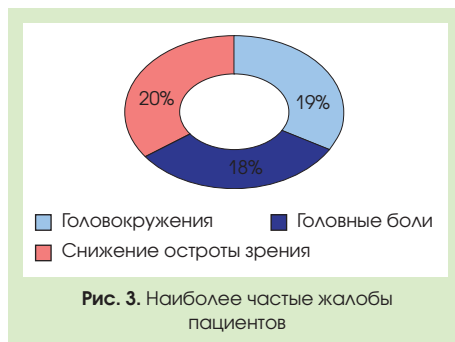
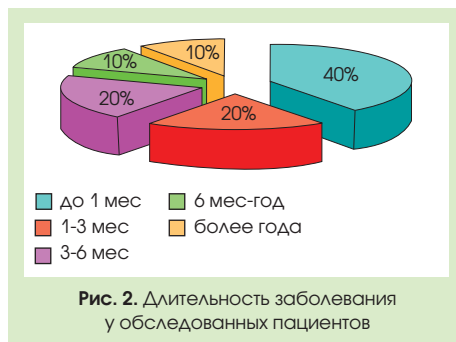
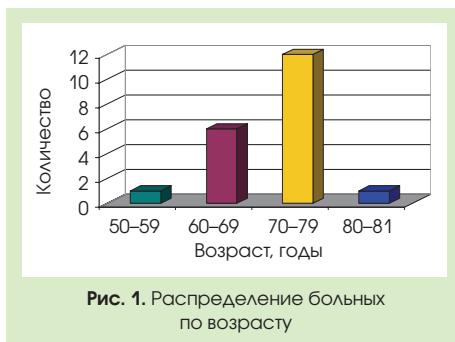
В ходе исследования оценивали информированность родственников об инсульте, особенностях психического состояния пациентов с ОНМК, принципах ухода за ними. По результатам опроса, лишь 20% родственников пациентов считали, что достаточно информированы об инсульте. 5 человек отметили, что владеют информацией о возможных постинсультных осложнениях. На вопрос «Что Вы испытываете при уходе за пациентом?» 19 человек ответили: «Ответственность»; «тревогу», «растерянность» и «раздражение» ощущают соответственно 15; 8 и 1 человек.

Информированы об особенностях диетотерапии и питьевом режиме 10 респондентов, 8 знают о нарушениях восприятия боли и лишь 2 известны меры по снижению мышечного тонуса в конечностях (рис. 7).

Далее участникам исследования предлагалось ответить на вопросы о навыках ухода за постинсультным больным (см. таблицу).

У большинства родственников отмечен дефицит знаний о том, как правильно сменить постельное и нательное белье. Всего 4 респондента умеют правильно действовать при развитии пролежней. Примерно около половины опрошенных знают о мерах, снижающих риск развития пролежней, владеют навыками проведения гигиенических процедур (уход за кожей, глазами, полостью рта), кормления, обеспечения комфортных условий для сна и отдыха, а также при физиологических отправлениях.

Из данных анкетирования можно сделать вывод, что члены семьи пациентов с ОНМК недостаточно информированы об инсульте и его осложнениях. Не все респон-



Результаты опроса родственников пациентов с ОНМК

Имеете ли Вы навык	Ответ «да»
Ухода за кожей	19
Ухода за полостью рта	17
Ухода за глазами	16
Смены постельного белья	9
Переодевания больного	11
Снижения риска развития пролежней	11
Ухода в случае возникновения пролежней	4

денты владеют навыками ухода. В исследовании приняли участие 20 участковых медсестер. Все – со средним специальным образованием, большинство – с I (45%) и высшей категориями (50%), лишь 5% – со II. Стаж работы по специальности у 60% – более 10 лет, у 30% – от 6 до 10 лет и у 10% – от 2 до 5 лет. Большинство медсестер факторами, предрасполагающими к инсульту, считают гипертоническую болезнь,



вредные привычки и ожирение. Основные причины развития ОНМК известны не всем. Наиболее частыми ответами были: повышение АД (65%), гипертонический криз (65%), тромбоз (40%) – рис. 8.

Многие затруднились ответить на этот вопрос из-за невозможности дифференцировать факторы риска с причинами развития инсульта. Профилактической мерой 55% медсестер считают медикаментозное лечение. 30% респондентов в качестве мер профилактики инсульта рассматривают контроль АД и профилактику пролежней.

Таким образом, наличие у пациентов с инсультом неврологических и эмоциональных нарушений негативно влияет на КЖ и его составляющую: независимость в физической и социальной сферах.

Выявлена существенная зависимость КЖ от степени тяжести функциональных нарушений, определяемых неврологическим дефицитом. 30% пациентов имеют высокий балл по индексу Бартела и соответственно у них отсутствуют ограничения свободного передвижения и самообслуживания; 70% нуждаются в постороннем уходе. Наличие тревоги и депрессии в восстановительном пе-

риоде ухудшает оценку всех сфер жизнедеятельности и субъективную оценку результатов лечения. Анкетирование выявило недостаточную информированность родственников об инсульте, его возможных осложнениях, а также о принципах ухода за пациентом с ОНМК. Большинство медсестер отличает дефицит знаний о самом заболевании, его осложнениях, мерах профилактики, что свидетельствует о необходимости повышения информированности.

Правильно организованный уход за пациентами в постинсультном периоде позволяет снизить риск развития осложнений и повышает КЖ больных.

Литература

1. Белова А.Н., Щепетова О.Н. Шкалы, тесты и опросники в медицинской реабилитации. – М.: Антидор, 2002. – 440 с.
2. Бережкова Л.В. Инсульт. Профилактика, лечение, реабилитация. – СПб.: Нева, 2003. – 128 с.
3. Борисов В.А., Маркин С.П. Реабилитация постинсультных больных // Журн. теор. и практ. мед. – 2005; 1: 21.
4. Гехт А.Б. Качество жизни и лечение больных, перенесших инсульт. – М.: Эхо, 2002. – 45 с.
5. Гусев Е.И., Скворцова В.И. Проблема инсульта в Российской Федерации // Качество жизни. Медицина. – 2006; 2: 10.
6. Виленский Б.С. Современная тактика борьбы с инсультом. – М., 2005. – 288 с.
7. Виленский Б.С. Инсульт: профилактика, диагностика и лечение. – 2-е изд., доп. – СПб.: Фолиант, 2002. – 397 с.
8. Епифанов, В.А. Реабилитация больных, перенесших инсульт. – М.: МЕДпресс-информ, 2006. – 256 с.

9. Козлов В.И. Ранняя психосоциальная реабилитация в неврологической клинике пациентов, перенесших церебральный инсульт. Автореф. дис. ...канд. мед. наук. – М., 2006. – 20 с.

10. Масютина С.М. Качество жизни и реабилитация больных, перенесших инсульт в молодом возрасте // Тез. докл. IX Всероссийской конференции неврологов. – Ярославль, 2006. – С. 299–301.

11. Масютина С.М. Изменение качества жизни у больных, перенесших инсульт в молодом возрасте // Клинические и социально-психологические аспекты качества жизни психоневрологических больных в современном обществе. Тез. докл. научной конференции с международным участием. – СПб, 2003. – С. 141–142.

12. Неврол. журн. – 2008; 2: 13–64.

13. Смулевич А.Б. Депрессии при соматических заболеваниях – М.: Медицинское информационное агентство, 2003. – 432 с.

14. Тайсон С., Эмбурн Э., Джексон Дж. Руководство по восстановлению двигательных функций после перенесенного инсульта. – М., 2001. – 87 с.

15. Оптимизация реабилитационного процесса при церебральном инсульте. Сб. научных трудов. Республиканский центр реабилитации неврологических больных. Ред.-сост.: О.А. Балунова, Т.Д. Демиденко. Т. 126. – Л., 1990. – 173 с.

PROBLEMS IN STROKE PATIENTS ACCORDING TO THE RESULTS OF NURSING STUDY

O.S. Belova, N.A. Koshcheyeva

I.I. Mechnikov Saint Petersburg State Medical Academy

The problems in poststroke patients are described.

Key words: stroke, visiting nurse, patient questionnaire survey.