

И.П. Пономарева*^{1,2}, К.И. Прощаев², А.Н. Ильницкий²

¹— Белгородский государственный национальный исследовательский университет, Белгород, Россия

²— Научно-медицинский центр «Геронтология», Москва, Россия

МОДЕЛЬ ШКОЛЫ ПАЦИЕНТА В ПАЛЛИАТИВНОЙ ГЕРИАТРИИ: НОВЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ

I.P. Ponomareva*^{1,2}, K.I. Prashchayev², A.N. Ilnitsky²

¹— Belgorod State national research University, Belgorod, Russia

²— Research medical Center «Gerontology», Moscow, Russia

SCHOOL MODEL PATIENT IN PALLIATIVE CARE GERIATRICS: A NEW LOOK AT THE PROBLEM

Резюме

В статье описан алгоритм создания школы пациента как технологии медицинской и социальной работы при оказании амбулаторной помощи лицам пожилого и старческого возраста с тяжелой хронической патологией и высокой потребностью в паллиативной помощи. При этом образовательная программа для лиц без медицинского образования, занятых в уходе, является частью единого медико-социального сервиса, реализуемого посредством Интернет-технологий. Целью школы пациента является функциональное объединение специалистов разного профиля, оказывающих паллиативную помощь лицам старшей возрастной группы. Оценка ее эффективности достоверно показала, что уровень депрессии у пациентов снижается в 2,2 раза, у членов семей — в 1,6 раза.

Ключевые слова: геронтология, гериатрия, паллиативная помощь, школа пациентов.

Abstract

Describes the algorithm for generating the patient as a medical technology school and social work in the provision of out-patient assistance to those elderly and senile patients with severe chronic disease and high demand for palliative care. With this educational program for individuals with no medical training, employed in care, is part of a medical and social service, implemented by means of Internet technologies. The school's patient is a functional Association expertise, providing palliative assistance to older age groups. Assessment of its effectiveness reliably showed that levels of depression in patients decreases in 2,2 times, families-in 1,6 times.

Keywords: gerontology, geriatrics, palliative care, education of patients.

DOI: 10.20514/2226-6704-2016-6-4-42-46

ШП — школы пациента

Актуальность

Основной проблемой оказания паллиативной помощи в гериатрии является ее междисциплинарный характер и отсутствие межведомственного взаимодействия [3, 5, 7, 8, 11]. Выход из этой ситуации может быть в реализации школы пациента, чтобы в домашних условиях сохранялась возможность

получать квалифицированную помощь вне зависимости от того, кто ее предоставляет [1, 6, 7, 8, 10]. Следовательно, возникает необходимость разработки алгоритма по созданию универсальной модели школы пациента (ШП), которая соответствовала бы современным международным и отечественным тенденциям развития паллиативной и гериатрической помощи.

*Контакты/Contacts. E-mail: shepeleva.ponomarewa@yandex.ru.

Цель исследования — разработать универсальную модель школы пациента для ее реализации в паллиативной гериатрической практике.

Материалы и методы исследования

Ввиду наличия у пациентов пожилого и старческого возраста полиморбидности, критерием включения в исследование была крайняя степень старческой астении, приводящая к выраженному снижению функционирования. Обзор пациентов проводился с учетом классификации старческой астении (CSHA, 2009), а также базы данных «Автоматизированный гериатрический осмотр» (Ильницкий А.Н., Горелик С.Г., Процаев К.И., 2014).

Все пациенты, включенные в исследование, являлись пациентами лечебно-профилактических учреждений, имевших лицензию на соответствующие виды медицинской помощи. На всех пациентов официально велась медицинская документация. Для получения объективной оценки результатов исследования были предусмотрены официально утвержденные методы диагностики. Во всех случаях было получено информированное согласие пациентов, а также их родственников, осуществляющих уход. Исследование прошло экспертизу на заседании Этического комитета медицинского института НИУ «БелГУ».

Основными методами исследования были: теоретическое моделирование; организационный эксперимент по реализации модели школы; определение ее эффективности путем оценки уровня депрессии по шкале Бека, состоящей из 21 вопроса, и позволяющей выявить соматические и аффективно-когнитивные проявления депрессивного состояния. Интерпретация результатов тестирования: 0-4 бала — депрессия отсутствует; 5-7 баллов — легкая степень; 8-15 баллов — средняя степень; 16 и более баллов — высокая степень депрессии.

Уровень апатии определяли по шкале G. Starkstein et al. (1990). Клинически значимые результаты — 14 баллов и более. Оценка по шкале Бека и по шкале G. Starkstein et al. (1990) проводилась нами за месяц до внедрения и через полгода после реализации экспериментальной модели школы.

Применялись также методы статистической обработки результатов исследования: расчет средних и относительных величин; метод оценки значимости различий двух совокупностей путем применения критерия t-Стюдента. Разность показателей является достоверной при $t \geq 2$, в этом случае $p < 0,05$. Математико-статистическая обработка выполнена с использованием программы «Statgraphics plus for Windows», версия 7.0.

Результаты и их обсуждение

Школу пациента мы позиционируем как систему многопрофильных мероприятий. Она не является юридическим образованием, создается на функциональной основе в организации, оказывающей социальную помощь населению; соответствует профессиональному стандарту социального работника, утвержденному Приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от «18» ноября 2013г. № 677н в части предоставления медико-социальных услуг, а также профессиональным стандартам деятельности других специалистов, занятых в предоставлении паллиативной помощи лицам пожилого и старческого возраста [2, 4].

Процесс работы ШП предусматривает функциональное объединение усилий служб медицинской, психологической и социальной помощи с целью предоставления единого медико-социального сервиса. Процесс предоставления услуг в рамках предлагаемой модели школы соответствует требованиям ISO 9004:2015 (ГОСТ Р ИСО 9004-2015), так как он направлен на удовлетворение потребностей всех заинтересованных сторон.

Такой подход подразумевает весь комплекс услуг, которые в настоящее время разобщены при оказании медико-социальной помощи пациентам старшей возрастной группы, и в рамках одной организационной структуры не предоставляются.

В основу создания организационной модели ШП положена известная концепция PDCA или цикл Деминга-Шухарта (Plan-Do-Check-Act — планирование–выполнение–проверка–реакция) — широко распространенный метод непрерывного улучшения качества. В данном случае пациент и/или родственники являются активными участниками процесса оказания помощи и паллиативного ухода, своевременно информируют участников мультидисциплинарной бригады о любых изменениях в физическом состоянии и о своих потребностях с целью внесения коррекции в сам процесс предоставления услуг. В соответствии с алгоритмом цикла Деминга-Шухарта нами разработаны цели и задачи ШП, методы и средства их достижения.

Таким образом, современную модель школы пациента при оказании паллиативной помощи можно представить как многозвеньевую систему, в которой системообразующим фактором являются потребности пациента и его микроокружения (рис. 1).

Цель ШП — достижение оптимально возможного уровня жизни лиц пожилого и старческого возраста с высокой потребностью в паллиативной помощи, а также повышение ее эффективности.

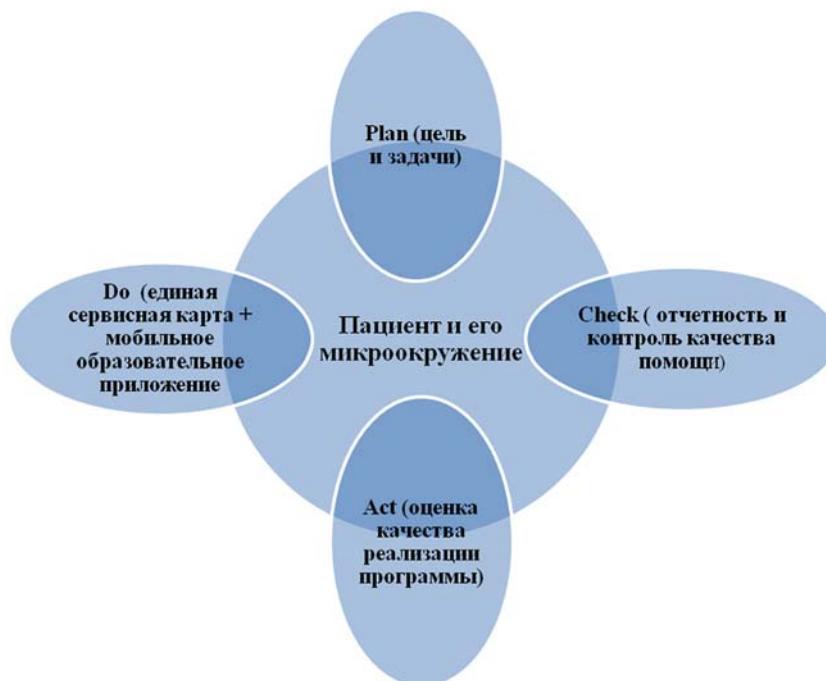


Рисунок 1. Модель школы пациента при оказании гериатрической паллиативной помощи.
Figure 1. Model of the school in the provision of patient geriatric palliative care.

Задачи ШП:

1. Функциональное объединение специалистов разного профиля, занятых в предоставлении услуг по оказанию гериатрической паллиативной помощи в амбулаторной практике.
2. Индивидуальное мобильное консультирование и обучение лиц без медицинского образования, занятых в предоставлении паллиативного ухода, с целью повышения качества паллиативной помощи как медико-социального подхода, реализуемого по принципу непрерывности и мультидисциплинарности.

Информационно — образовательные программы в рамках школы являются в данном случае составной частью единого медико-социального сервиса.

Методом экспертной оценки нами дано объективное обоснование содержанию образовательной программы.

1. Особенности ухода за неизлечимыми больными. Организация ухода на дому. Оценка состояния, проблемы лежачих больных.
2. Проблема пролежней при оказании паллиативной помощи. Особенности ухода и профилактика пролежней. Особенности ведения и ухода за лицами пожилого и старческого возраста.
3. Синдром мальнутриции: причины, классификация, диагностика. Особенности ведения больных пожилого и старческого возраста. Нутритивная поддержка больных с синдромом мальнутриции. Зондовое питание.

4. Недержание мочи у больных в практике паллиативной помощи. Принципы ухода за людьми пожилого и старческого возраста при длительной катетеризации. Уход за мочевым катетером.
5. Нарушения стула. Немедикаментозная терапия и рациональная фармакотерапия при нарушениях стула. Особенности ведения пожилых больных. Уход за стомой.
6. Хроническая боль: диагностика, принципы лечения. Нелекарственные методы лечения боли. Особенности оценки боли у пожилых больных. Принципы обезболивания.
7. Ортопедические принципы и контроль положения тела. Падения в пожилом возрасте. Нарушения походки у пожилых: причины, диагностика, лечение. Особенности ухода за лежачими больными, принципы перемещения.
8. Когнитивная дисфункция у пожилых: особенности диагностики и ухода.
9. Особенности паллиативного ухода в терминальной стадии при онкологических заболеваниях. Уход при распаде опухоли.
10. Особенности паллиативного ухода в терминальной стадии при неонкологических заболеваниях. Уход за трахеостомой. Тошнота и рвота.
11. Понятие о старческой астении. Проблемы ухода и организация самообслуживания лиц пожилого и старческого возраста. Предметы, облегчающие быт.

Нами были обоснованы задачи для специалистов разного профиля, занятых в предоставлении медицинских и социальных услуг.

Универсальные задачи врачей:

1. Объективный критериальный отбор пациентов для оказания паллиативной помощи, оценка клинических рисков ($\chi^2=7,6$, $p<0,05$);
2. Оценка проблем социального и психологического характера для своевременной их коррекции специалистами соответствующих служб ($\chi^2=7,5$, $p<0,05$);
3. Проведение адекватной медикаментозной коррекции основных клинических синдромов и состояний ($\chi^2=7,7$, $p<0,05$);
4. Направление пациентов в учреждение социального обслуживания ($\chi^2=8,7$, $p<0,05$);
5. Своевременное мобильное консультирование пациентов и их родственников по проблемам лечения и коррекции возникающих осложнений ($\chi^2=8,0$, $p<0,05$).

Задачи медицинских сестер:

1. Объективная оценка повседневной инструментальной и базисной активности пациента ($\chi^2=7,9$, $p<0,05$);
2. Предоставление услуг по уходу и консультированию пациентов и их родственников в выполнении простых медицинских манипуляций по самоуходу ($\chi^2=8,5$, $p<0,05$).

Задачи социальных работников:

1. Оказание социально-бытовых услуг клиентам организации социального обслуживания ($\chi^2=8,0$, $p<0,05$);
2. Предоставление социально-медицинских услуг ($\chi^2=8,8$, $p<0,05$);
3. Оказание социально-психологических услуг ($\chi^2=7,896$, $p<0,05$);
4. Консультирование по социально-правовым вопросам ($\chi^2=8,4$, $p<0,05$);
5. Обучение членов семьи основам ухода ($\chi^2=8,0$, $p<0,05$).

Экспериментальная модель ШП прошла апробацию в учреждениях социальной защиты Белгородской области в рамках совместного проекта «Повышение качества жизни пожилых через образование социальных работников», реализуемого Научно-медицинским центром «Геронтология» (г. Москва) и Департаментом социальной защиты населения Белгородской области. В процессе обучения социальных работни-

ков использовался образовательный ресурс, созданный на основе Интернет — платформы Moodle. При этом специалисты учреждений социальной защиты, прошедшие обучение, рассматривались в качестве тьюторов ШП, компетентных в вопросах паллиативного ухода и предоставления консультативно-образовательных услуг на дому членам семей инвалидов.

Особенностью паллиативной помощи является ее направленность не на излечение, но на достижение оптимально возможного уровня адаптации пациентов с тяжелым неизлечимым заболеванием. В связи с этим для оценки качества реализуемой модели нами предложены следующие индикаторы. В частности, уровень депрессии у пациентов и у родственников, занятых в уходе, по шкале Бека до и после внедрения экспериментальной модели.

Группу наблюдения составляли 36 человек в возрасте 65-90 лет, (средний возраст $76,2 \pm 1,4$ лет), получавшие амбулаторную паллиативную помощь, а также члены их семей, оказывавшие паллиативный уход ($n=36$), средний возраст составлял $42,2 \pm 1,2$ года.

Результаты исследования показали достоверно возросшую удовлетворенность и снижение степени выраженности депрессии у пациентов в 2,2 раза с $31 \pm 1,2$ балла до $14 \pm 0,2$ баллов, $p<0,05$ (табл. 1).

У родственников степень депрессии снизилась в 1,6 раза: до эксперимента — $16 \pm 1,2$ баллов, после — $10 \pm 1,0$ баллов, $p<0,05$.

Кроме того, была изучена степень апатии по шкале G. Starkstein et al. (1990) у родственников в процессе выполнения ими действий по уходу до внедрения программы информационно-образовательного сопровождения и после. Получены следующие данные: до внедрения программы — $15 \pm 0,2$ баллов, после внедрения — $9,0 \pm 0,4$ баллов, $p<0,05$.

Таким образом, предлагаемая модель ШП как составляющая единого медико-социального сервиса может быть эффективным функциональным механизмом межведомственного взаимодействия и технологией современной медико-социальной работы в гериатрической паллиативной практике.

Таблица 1. Динамика выраженности степени депрессии у пациентов после внедрения информационно-образовательной программы паллиативного сопровождения, ($M \pm m$)

Table 1. Dynamics of the degree of severity of depression in patients after the introduction of information and education program of palliative support, ($M \pm m$)

Показатель/Index	До внедрения/ Prior to the introduction	После внедрения/ After the introduction of
Степень депрессии у пациентов/ Degree of patients depression (n=36)	$31 \pm 1,2$	$14 \pm 0,2$ *
Степень депрессии у родственников / Degree of relatives depression (n=36)	$16 \pm 1,2$	$10 \pm 1,0$ *

* $p<0,05$ между группами

Вывод

Модель ШП в паллиативной гериатрии представляет собой широкий комплекс мероприятий мультидисциплинарного характера, в основе которых лежит функциональное взаимодействие специалистов, реализуемое путем информационно-образовательного сопровождения пациента и его семьи.



Список литературы/References:

1. Злобин А.А., Смирнов С.В., Онуфриева М.С., Степанова Е.Ю., Рукавишников М.В., Балакирев В.П., Кузьмин А.И., Кошелева Н.А. Практическое руководство по организации социального обслуживания пациентов с ВИЧ-инфекцией (с использованием опыта «Школ пациента»). М., Экстрим Дизайн Студия, 2011: 7-32 с.
Zlobin A.A., Smirnov S.V., Onufrieva M.S. et al. Practical guidance for the organization of social care of patients with HIV infection (using the experience of «patient Schools»). М., Ekstrim Dizayn Studiya. 2011: 7-32 (in Russian).
2. Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ от 18 ноября 2013 г. № 677н «Об утверждении профессионального стандарта «Социальный работник». URL: <http://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/70448774/>. Дата обращения 04.04.2016.
Order of the Ministry of Labour and Social Protection of the Russian Federation of November 18, 2013 № 677n «On approval of the «Social worker» professional standard». URL: <http://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/70448774/> (in Russian).
3. Фабулова Т.А. Особенности работы медсестер по уходу за умирающими больными. Медицинская сестра. 2008; 8: 30-33.
Fabulova T.A. Features nurses work for the dying patient care. Meditsinskaya sestra. 2008; 8: 30-33 (in Russian).
4. Федеральный закон Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». -URL: <http://www.minzdravsoc.ru/docs/laws/104>. Дата обращения 24.03.2016.
Federal Law of the Russian Federation of November 21, 2011 № 323-FZ «On the basis of public health protection in the Russian Federation.». URL: <http://www.minzdravsoc.ru/docs/laws/104> (in Russian).
5. Филатова С.А., Безденежная Л.П., Андреева Л.С. Социальные аспекты организации гериатрической помощи. Геронтология: учеб. пособие

для студентов, обучающихся в мед. училищах и колледжах. Ростов н/Д, 2004: 104–113.

Filatova S.A. Social aspects of the organization of geriatric care. Gerontology: textbook for students enrolled in medical schools and colleges. Rostov. 2004: 104–113 (in Russian).

6. Харченко В.И., Корякин М.В., Мишнев О.Д. Актуальность реорганизации медицинского обслуживания больных пожилого и старческого возраста в России (аналит. обзор офиц. данных Гомкомстата, МЗСР и ВОЗ и экспертных оценок по проблеме). Клиническая геронтология. 2008; 5: 25–33.
Harchenko V.I., Koryakin M.V., Mishnev O.D. Relevance of the reorganization of care of elderly and senile age in Russia (analytical review of official Russian State Statistics Committee, Ministry of Health and Social Development and WHO data and expertise on the issue). Klinicheskaya gerontologiya. 2008; 5: 25–33 (in Russian).
7. Холостова Е.И. Социальная работа с пожилыми. М.: «Дашков и К°». 2003; 296с.
Holostova E.I. Social work with elderly. М.: «Dashkov i K°». 2003; 296с. (in Russian).
8. Эккерт Н.В. [и др.] Хоспис на дому — оптимальная форма организации внебольничной паллиативной помощи. Экономика здравоохранения. 2009; 7(139): 15-20.
Ekkert N.V. et al. Hospice at home — the optimal form of organization of outpatient palliative care. Ekonomika zdravoohraneniya. 2009; 7(139): 15-20 (in Russian).
9. Centeno C., Clark, D., Lynch, T. et al. Facts and indicators on palliative care development in 52 countries of the WHO European region: results of an EAPC task force. Journal of palliative medicine. 2007; 21: 463-471.
10. Dracup K., Walden J.A., Stevenson L.W. et al. Quality of life in patients with advanced heart failure. Journal of Heart Transplant. 2002; 11: 273-279.
11. Forster A., Lambley J. et al. Rehabilitation for older people in long-term care. Cochrane Database Systems Review. 2011. URL:<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD004294.pub2/pdf> (дата обращения 12.07.2012г.).

Авторы заявляют, что данная работа, её тема, предмет и содержание не затрагивают конкурирующих интересов/ The authors state that this work, its theme, subject and content do not affect competing interests

Статья получена/article received 11.04.2016 г.

Методические рекомендации «Организация проведения диспансеризации и профилактических медицинских осмотров взрослого населения» (утв. Министерством здравоохранения РФ, 2013 г.)

Методические принципы группового профилактического консультирования (школ пациента)

Школа пациента является организационной формой профилактического группового консультирования (гигиенического обучения и воспитания).

Цель школ пациентов:

- повышение информированности пациентов о заболевании и факторах риска развития заболеваний и осложнений;
- повышение ответственности пациента за сохранение здоровья;
- формирование рационального и активного отношения пациента к здоровью, мотивации к оздоровлению, приверженности к лечению;
- формирование умений и навыков по самоконтролю и самопомощи в неотложных ситуациях;
- формирование у пациентов навыков и умений по снижению неблагоприятного влияния на здоровье поведенческих, управляемых факторов риска.

Основные принципы проведения школ пациентов:

- (1) формирование «тематической» целевой группы пациентов с относительно сходными характеристиками: например, больные с неосложнен-

ным течением артериальной гипертонии, ишемической болезни сердца; большие ишемической болезнью сердца, перенесшие инфаркт миокарда, острый коронарный синдром, интервенционное вмешательство и др.; пациенты с высоким риском сердечно-сосудистых заболеваний без клинических симптомов болезни и т.п. Такое формирование групп создает атмосферу социальной поддержки, что немаловажно для эффективного консультирования и получения долгосрочного устойчивого результата. (2) для избранной целевой группы проводится цикл занятий по заранее составленному плану и по согласованному графику; одно из основных требований — посещение всего цикла занятий; (3) численность целевой группы пациентов должна быть не более 10-12 человек; необходим контроль, чтобы пациенты посетили все (или большинство) из запланированных занятий; (4) организация группового консультирования должна проводиться в специально оборудованном помещении (стол, стулья, демонстрационный материал, раздаточный материал, блокноты и пр.).