

УДК 613.98 616-083: 616-08-059

БИОПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ АКТИВИРУЮЩЕГО УХОДА ЗА ПАЦИЕНТАМИ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА НА ДОМУ

¹Султанова С.С.

¹ООО «Агентство ЮСИ», директор, Санкт-Петербург

В данной статье авторами приведена разработка оригинальной биопсихосоциальной модели активирующего ухода за пациентами пожилого и старческого возраста на дому. Согласно данным экспертной оценки, модель активирующего ухода включает в себя следующие основные элементы: отбор для осуществления ухода, мероприятия активирующего ухода, (включающее мероприятия, оказывающих влияние на биологические и психосоциальные детерминанты качества жизни пациента пожилого и старческого возраста); оценку эффективности ухода. Модель биопсихосоциального активирующего ухода за гериатрическим контингентом пациентов на дому, ориентированная на повышение качества жизни, заключается в модификации биологической внутренней и внешней среды пациента, в основном за счет поддержания активности путем активирующей кинезотерапии и когнитивной гимнастики, минимизации пассивного ухода для достижения максимально возможного уровня самостоятельного функционирования, а не просто осуществление ухода с целью удовлетворения базисных потребностей.

Ключевые слова: активирующий уход, биопсихосоциальный, возрастной анализ, качество жизни, пожилой возраст, кинезотерапия, когнитивная гимнастика.

BIOPSYCHOSOCIAL MODEL OF ACTIVE CARING FOR ELDERLY AND SENIOR PATIENT AGE AT HOME

¹Sultanova S.S.

¹Limited liability company «USI», Director, Saint-Petersburg

In this article, the authors develop the original biopsychosocial models of activating care for elderly and senior patients at home. According to the expert assessment, the activating care model includes the following main elements: selection care, patient activation measure (including activities that affect biological and psychosocial determinants the quality of life in patient elderly and senior age); evaluation of the effectiveness care. Model of biopsychosocial activating care for geriatric patients in the home, aimed at improving the quality of life, to modify biological and internal environment of patient, mainly maintaining by activate kinesitherapy and cognitive gymnastics, minimizing passive care to achieve the highest possible level of self-reliance functioning, and not just the implementation of care in order to meet basic needs.

Keywords: activating care, biopsychosocial, age analysis, quality of life, elderly people, kinesitherapy, cognitive gymnastics.

Введение. Как известно, ведущим принципом ухода является принцип совокупности, который подразумевает единство биологических, психологических, медицинских и социальных факторов, направленных на обеспечение различных потребностей человека, обеспечение достоинства личности, право пожилого человека

вести нормальную жизнь в благоприятных условиях [2,3,5]. А ведущими биологическими и психосоциальными потребностями человека пожилого и старческого возраста как объекта ухода являются комплексная необходимость удовлетворения благополучия, принимая во внимание психологические, физические и социальные нужды; обеспечение участия человека в собственной жизни и окружающего его социума; сотрудничества человека пожилого и старческого возраста с другими людьми в условиях нормальной и стимулирующей окружающей среды [6,7,8]. Обоснование оптимальных активизирующих программ ухода за на дому является насущной потребностью геронтологической практики [4,8,9].

Цель работы – описать биопсихосоциальную модель активирующего ухода за пациентами пожилого и старческого возраста на дому

Материалы и методы. Проведенное исследование было выполнено поэтапно.

Вначале нами был проведен возрастной анализ биологических и психосоциальных потребностей людей среднего, пожилого и старческого возраста при осуществлении ухода за ними на дому. Количественная характеристика и нозологическая структура отобранных пациентов среднего, пожилого и старческого возраста представлена в таблице 1.

Таблица 1

Характеристика пациентов, отобранных для возрастного анализа биологических и психосоциальных потребностей при уходе на дому

Нозологическая форма/Синдром	Возраст, М±m, годы						Итого
	Средний (55,2±2,2)		Пожилой (67,1±2,4)		Старческий (78,1±1,9)		
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	
Последствия инсульта	31	33,3	32	34,4	30	32,3	93
Переломы разной локализации	30	32,3	31	33,3	32	34,4	93
Послеоперационный период	31	33,3	30	32,6	32	34,1	93
Онкологическая патология	32	33,7	31	32,6	32	33,7	95
Хроническая сердечная недостаточность	30	32,9	31	34,1	30	33,0	91

Хроническая дыхательная недостаточность	31	32,9	32	34,0	31	33,1	94
Нарушение тазовых функций	31	32,9	32	34,2	31	32,9	94
Хронический болевой синдром	32	34,0	31	33,3	30	32,7	93
Всего	248	100	250	100	248	100	746

Для выявления биологических и психосоциальных потребностей обследуемых нами был разработан специальный опросник, который включал в себя следующие блоки: биологические и медицинские проблемы пациента (проблемы питания, болевой синдром, слабость, контроль тазовых функций, ограничение самостоятельности, проблемы внимания и пр.); психологические проблемы (внутренняя картина болезни, уровень семейной поддержки, доступность религиозных ритуалов, чувство вины перед родственниками и пр.); социальные проблемы (чувство изоляции, финансовые затруднения). Результатом данного раздела исследования были данные о возрастных различиях в плане биологических и психосоциальных потребностей людей среднего, пожилого и старческого возраста, нуждающихся в уходе на дому. Всего на данном этапе было обследовано 746 пациентов в возрасте от 52 лет до 81 года.

Далее нами был проведен корреляционный анализ, позволяющий выявить вклад отдельных биологических и психосоциальных потребностей людей пожилого и старческого возраста в обеспечение качества их жизни при уходе на дому. В данном разделе исследования приняло участие 250 пациентов пожилого возраста от 65 до 73 лет, средний возраст составлял $67,1 \pm 2,4$ лет и 248 пациентов старческого возраста от 75 до 82 лет, средний возраст - $78,1 \pm 1,9$ лет. Для определения качества жизни нами был применен опросник SF-36 [1]. В результате данного этапа работы нами были выявлены наиболее важные биологические и психосоциальные детерминанты качества жизни людей пожилого и старческого возраста при уходе на дому.

Полученные данные легли в основу разработки биопсихосоциальной модели активирующего ухода за людьми пожилого и старческого возраста на дому. Для этого была проведена экспертная оценка мероприятий, которые в наибольшей степени способны реализовать достижение максимально возможного качества жизни посредством воздействия на выявленные биологические и психосоциальные детерминанты. Была создана экспертная группа, состоящая из сотрудников кафедры терапии, гериатрии и

антивозрастной медицины института повышения квалификации ФМБА России (г. Москва), в составе 4 человек, из них докторов медицинских наук – 1, кандидатов медицинских наук – 3, все члены экспертной группы имели шифр научной специальности 14.01.30 – геронтология и гериатрия. Итогом данного раздела научного исследования стала разработанная биопсихосоциальная модель активирующего ухода за людьми пожилого и старческого возраста на дому.

Результаты и их обсуждение. Разработанная нами биопсихосоциальная модель активирующего ухода за пациентами пожилого и старческого возраста, согласно данным экспертной оценки, включает в себя следующие основные элементы.

I. Отбор для осуществления ухода. По данным экспертных оценок производится по общепринятым критериям при возникновении состояния, когда автономная жизнедеятельность человека невозможна, $\chi^2 = 8,3$, $p < 0,05$.

II. Мероприятия активирующего ухода. Для поддержания максимально возможного качества жизни посредством влияния на его биологические детерминанты целесообразны следующие мероприятия:

1. Динамическое наблюдение со стороны лиц, осуществляющих уход, с целью своевременного обеспечения пациента медицинской помощью при возникновении необходимости, в частности, при усилении астенического синдрома как индикатора появления ухудшения или осложнений основного процесса, $\chi^2 = 8,3$, $p < 0,05$; усилении/возобновлении болевого синдрома, $\chi^2 = 8,2$, $p < 0,05$; появлении/усилении проявлений поражения кожных покровов (зуд кожи, явления пролежней, сыпи, кожные осложнения инвазивных манипуляций), $\chi^2 = 8,1$, $p < 0,05$; незамедлительное обеспечение консультации пациента врачом при появлении новой или усилении имеющейся симптоматики, $\chi^2 = 8,1$, $p < 0,05$.

2. Применение приемов ухода с целью поддержания активности в повседневной жизни, то есть проведение активирующей кинезотерапии и когнитивной гимнастики, минимизация пассивного ухода для достижения максимально возможного уровня самостоятельного функционирования, в том числе при наличии когнитивного дефицита, $\chi^2 = 8,1$, $p < 0,05$; двигательных нарушений, $\chi^2 = 8,0$, $p < 0,05$; дыхательных нарушений, $\chi^2 = 7,9$, $p < 0,05$.

3. Создание благоприятных условий внешней и внутренней биологической среды при уходе: адекватная гидратация, $\chi^2 = 8,2$, $p < 0,05$; адекватный самочувствию пациента

температурный режим, $\chi^2 = 8,1$, $p < 0,05$; адекватная гигиена при нарушении тазовых функций, $\chi^2 = 8,0$, $p < 0,05$.

Для поддержания максимально возможного качества жизни посредством влияния на психосоциальные детерминанты целесообразны следующие мероприятия:

1. Организация психологической поддержки в процессе ухода за счет подключения к уходу семьи пациента и других значимых для него людей, $\chi^2 = 8,2$, $p < 0,05$; формирование положительного образа медицинского и социального персонала, осуществляющего уход, $\chi^2 = 8,1$, $p < 0,05$; привлечение к уходу представителей церкви в зависимости от вероисповедания пациента, $\chi^2 = 8,0$, $p < 0,05$.
2. Своевременное оказание психотерапевтической помощи при развитии тревожно-депрессивного синдрома, $\chi^2 = 8,1$, $p < 0,05$.

III. Оценка эффективности ухода. В практических целях, по данным экспертных оценок, эффективность ухода целесообразно определять по следующим критериям:

1. Общий вид пациента без явных нарушений ухода, $\chi^2 = 8,1$, $p < 0,05$.
2. Улучшение/поддержание на возможном уровне функционального статуса, $\chi^2 = 8,0$, $p < 0,05$.
3. Определение в динамике при стабильном состоянии пациента Индекса Активностей Повседневной Жизни Бартела, $\chi^2 = 8,0$, $p < 0,05$.
4. Определение качества жизни по опроснику SF-36, $\chi^2 = 8,0$, $p < 0,05$.

Разработанная биопсихосоциальная модель активирующего ухода за пациентами пожилого и старческого возраста представлена на рисунке 1.



Рисунок 1. Принципиальная схема биопсихосоциальной модели активирующего ухода за пациентами пожилого и старческого возраста.

Заключение. Модель биопсихосоциального активирующего ухода за гериатрическим контингентом пациентов на дому, ориентированная на повышение

качества жизни, заключается в модификации биологической внутренней и внешней среды пациента, в основном за счет поддержания активности путем активирующей кинезотерапии и когнитивной гимнастики, минимизации пассивного ухода для достижения максимально возможного уровня самостоятельного функционирования, а не просто осуществление ухода с целью удовлетворению базисных потребностей.

Список литературы

1. Белова А.Н. Шкалы, тесты и опросники в медицинской реабилитации. - М.: Антидор, 2002. – 440 с.
2. Лазебник Л.Б. Старение и полиморбидность / Л. Б. Лазебник // Consilium medicum. – 2005. – Т.7. - № 12. – С. 993–996.
3. Лисица Д. Мобильная гериатрическая служба в общей врачебной практике / Д. Лисица // Врач. – 2006. – № 1. – С. 32–34
4. Клиническая эпидемиология основных гериатрических синдромов в неврологической и нейрохирургической практике / В.В. Кривецкий, К.И. Процаев, И.П. Пономарева [и др.] // Научные ведомости БелГУ. Сер. Медицина. Фармация. – 2012. – № 22 (141), вып. 20/2. – С. 127-131. ИФ РИНЦ 0,106
5. Особенности клинического осмотра пациента пожилого и старческого возраста / К.И. Процаев, А.Н. Ильницкий, В.В. Кривецкий [и др.] // Успехи геронтологии. – 2013. – Т. 26, № 3. – С. 472-475.
6. Процаев, К.И. Качество жизни пациентов старческого возраста [Электронный ресурс] / К.И. Процаев, С.Г. Горелик, А.И. Притчина // Вестник новых медицинских технологий. – 2013. – № 1. – Режим доступа: <http://medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2013-1/4206.pdf>. ИФ РИНЦ 0,2012
7. Процаев, К.И. Принципы создания и реализации модели гериатрической паллиативной помощи (на примере Белгородского региона) / К.И. Процаев, И.П. Пономарева // Вестник новых медицинских технологий. – 2013. – Т. 20, № 1. – С. 8-11. ИФ РИНЦ 0,369.

8. Mayer C, Williams B, Wagner EH, LoGerfo JP, Cheadle A, Phelan EA. Health care costs and participation in a community-based health promotion program for older adults // *Prev Chronic Dis.* - 2010 – V. 7(2) – P.38.
9. Wagner EH. Effective teamwork and quality of care. // *Med Care.* - 2004 – V. 42(11) – P. 1037-1039.

The list of references

1. Belova A.N. Shkaly, testy i oprosniki v medicinskoj reabilitacii. - M.: Antidor, 2002. – 440 p.
2. Lazebnik L.B. Starenie i polimorbidnost' / L. B. Lazebnik // *Consilium medicum.* – 2005. – V.7. - № 12. – P. 993–996.
3. Lisica D. Mobil'naja geriatricheskaja sluzhba v obshej vrachebnoj praktike / D. Lisica // *Vrach.* – 2006. – № 1. – P. 32–34
4. Klinicheskaja jepidemiologija osnovnyh geriatricheskih sindromov v nevrologicheskoj i nejrohirurgicheskoj praktike / V.V. Kriveckij, K.I. Proshhaev, I.P. Ponomareva [i dr.] // *Nauchnye vedomosti BelGU. Ser. Medicina. Farmacija.* – 2012. – № 22 (141), vyp. 20/2. – P. 127-131.
5. Osobennosti klinicheskogo osmotra pacienta pozhilogo i starcheskogo vozrasta / K.I. Proshhaev, A.N. Il'nickij, V.V. Kriveckij [i dr.] // *Uspehi gerontologii.* – 2013. – V. 26 - № 3. – P. 472-475.
6. Proshhaev, K.I. Kachestvo zhizni pacientov starcheskogo vozrasta [Jelektronnyj resurs] / K.I. Proshhaev, S.G. Gorelik, A.I. Pritchina // *Vestnik novyh medicinskih tehnologij.* – 2013. – № 1. – Rezhim dostupa: <http://medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2013-1/4206.pdf>.
7. Proshhaev, K.I. Principy sozdaniya i realizacii modeli geriatricheskoj palliativnoj pomoshhi (na primere Belgorodskogo regiona) / K.I. Proshhaev, I.P. Ponomareva // *Vestnik novyh medicinskih tehnologij.* – 2013. – V. 20, № 1. – P. 8-11.

8. Mayer C, Williams B, Wagner EH, LoGerfo JP, Cheadle A, Phelan EA. Health care costs and participation in a community-based health promotion program for older adults // *Prev Chronic Dis.* - 2010 – V. 7(2) – P.38.
9. Wagner EH. Effective teamwork and quality of care. // *Med Care.* - 2004 – V. 42(11) – P. 1037-1039.