

УДК 616.831-009-053-083

## ТЕХНОЛОГИЯ СЕСТРИНСКОГО ПРОЦЕССА И ОБУЧЕНИЕ РОДИТЕЛЕЙ В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

Грицань И.И., Павлов Ю.И., Холопов А.А., Анфимова И.А.

*Южно-Уральский государственный медицинский университет Министерства здравоохранения Российской Федерации, Челябинск, e-mail: pavlovu@yandex.ru*

Структура сестринского процесса включала: обследование, постановку сестринского диагноза, планирование сестринской помощи, реализацию плана, оценку результатов. Технология сестринского процесса была применена в течение 1 года у 12 пациентов с ДЦП в возрасте 4–6 лет (основная группа). Группа сравнения состояла также из 12 детей с ДЦП. Уровень локомоторных функций (V. Vojta, 1992) в основной группе повысился с  $2,75 \pm 0,08$  до  $4,25 \pm 0,07$  балла ( $p < 0,05$ ), а в группе сравнения с  $2,8 \pm 0,1$  до  $3,5 \pm 0,09$  ( $p > 0,05$ ). При оценке психоэмоционального фона и общего настроения детей (Изард К.Э., 2009) установлено, что у детей основной группы преобладали такие эмоции, как радость (11,5 vs 4,9 дней в месяц) и спокойное состояние (10,2 vs 7,5 дней в месяц), дети группы сравнения чаще находились в подавленном состоянии (соответственно 4,8 и 7,5 дней в месяц), чаще испытывали агрессию (5,0 vs 1,1), страх (5,0 vs 2,5) и грусть (7,5 vs 4,9). Обучение родителей детей с ДЦП (66 человек) по специальной программе повысило уровень комплаентности у 95% и уровень медицинской активности у 90% родителей.

**Ключевые слова:** сестринский процесс, детский церебральный паралич, реабилитация, обучение родителей

## NURSING PROCESS TECHNOLOGY AND TRAINING OF THE PARENTS IN COMPLEX REHABILITATION OF CHILDREN WITH INFANTILE CEREBRAL PARALYSIS

Gritsan I.I., Pavlov Y.I., Kholopov A.A., Anfimova I.A.

*South Ural State Medical University, Chelyabinsk, email: kanc@chelsma.ru*

The structure of nursing process includes inspection, nursing diagnosis, planning of the nursing interventions, realization of the plan and estimation of the results. The technology of nursing process was applied during a year for 12 patients with infantile cerebral paralysis (ICP) at the age of 4–6 years (the test group). The comparison group also consisted of 12 children of the same age with ICP. Locomotor functions level (V. Vojta, 1992) raised in the test group from  $2,75 \pm 0,08$  to  $4,25 \pm 0,07$  points ( $p < 0,05$ ), and in the comparison group – only from  $2,8 \pm 0,1$  to  $3,50 \pm 0,09$  points ( $p > 0,05$ ). During estimation of psychoemotional background and the general mood of children (Izard K.E., 2009) we have found, that in the test group prevailed such emotions as pleasure (11,5 vs 4,9 days per month), and children were longer in calm condition (10,2 vs 7,5 days per month), while children of comparison group were longer in a dejectedness (7,5 vs 4,8 days per month), and manifested aggression (5,0 vs 1,1), fear (5,0 vs 2,5) and grief (7,5 vs 4,9) more often. Training of the parents of children with ICP (66 persons) in the special program raised the compliance level in 95% and medical activity level in 90% of the parents.

**Keywords:** nursing process, infantile cerebral paralysis, rehabilitation, training of the parents

В настоящее время число детей с ограниченными возможностями здоровья и детей-инвалидов в России неуклонно растет. По данным официальной статистики Управления здравоохранения Администрации г. Челябинска и Уполномоченного по правам ребенка Челябинской области на территории области на начало 2013 года проживали 11538 детей-инвалидов, что составляет 1,75% от всего детского населения Челябинской области. За последние 5 лет отмечается рост показателя инвалидности детского населения с 168,6 в 2008 г. до 175,5 в 2012 г., прирост составил 4,1%.

Высокий уровень инвалидности среди детского населения диктует создание и развитие службы эффективной, комплексной реабилитации действующей на принципах интегративного, межведомственного подхода. Одним из ведущих учреждений в г. Челябинске, осуществляющих комплексную

реабилитацию детей с врожденной патологией опорно-двигательного аппарата, является муниципальное бюджетное дошкольное образовательное учреждение Центр развития ребенка – детский сад № 181. Центр рассчитан на 65 мест для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата в возрасте с 2 до 8 лет. Реабилитационный процесс в учреждении имеет циклическую структуру и включает в себя медицинскую, психологическую реабилитацию, дефектологическую и педагогическую коррекцию, а также взаимодействие с семьей ребенка.

В современных системах здравоохранения многих стран общепринятым при оказании сестринской помощи является использование технологии сестринского процесса. Сестринский процесс представляет собой научно обоснованный циклический алгоритм действий медсестры, состоящий из пяти этапов [2]. Принципы организа-

ции реабилитационного процесса у детей с врожденной патологией опорно-двигательного аппарата нашли отражение в пяти этапах сестринского процесса. Так, принцип необходимости физикального, психологического и социального обследования (assessing phase) при поступлении ребенка в Центр соответствует первому этапу сестринского процесса. Принцип выявления основных проблем ребенка и его семьи с определением долгосрочных и краткосрочных целей согласно реабилитационному потенциалу ребенка соответствует второму этапу (постановка сестринского диагноза – diagnosing phase). Принцип обязательного планирования реабилитационных мероприятий идентичен третьему этапу сестринского процесса (planning phase). Принцип комплексного воздействия и принцип активного участия ребенка и его семьи соответствуют основным принципам организации работы мультидисциплинарной бригады (четвертый этап – реализация плана – implementing phase). Промежуточная и конечная оценка результатов (пятый этап evaluating phase) по мере достижения поставленных целей является необходимым этапом как сестринского, так и реабилитационного процессов [5].

В РФ технология сестринского процесса не внедрена в практическое здравоохранение и используется обычно лишь в качестве модели организации медицинской помощи.

**Целью исследования** была апробация технологии сестринского процесса и обучения родителей, выявление ее эффективности при комплексной реабилитации детей с детским церебральным параличом (ДЦП).

#### Материал и методы исследования

Исследование проводилось на базе Центра развития ребенка – детского сада № 181 г. Челябинска. В процессе реабилитации на I этапе сестринского процесса медицинская сестра формирует информационную базу данных о пациенте и его семье в Протоколе сестринского обследования, где определяются различные уровни потребностей ребенка. При этом она должна оценить следующие параметры:

- состояние основных функциональных систем организма;
- эмоциональный и интеллектуальный фон, диапазон адаптации к стрессам;
- способность к самоуходу;
- сведения об окружающей среде в плане положительных и отрицательных влияний (факторы риска)
- социологические данные.

Проведя анализ состояния пациента, на II этапе медицинская сестра выясняет проблемы ребенка, связанные с заболеванием, и формирует сестринский диагноз. Сестринский диагноз – это настоящее и потенциальное состояние здоровья пациента, выявленное в результате сестринского обследования и требующее сестринских вмешательств. Между врачебным и се-

стринским диагнозами существует различие. Врачебный диагноз концентрируется на распознавании патологических состояний, нозологий, а сестринский – основывается на описании реакций пациентов или его родственников на проблемы, связанные со здоровьем, охватывает все сферы жизнедеятельности пациента, в связи с чем сестринские диагнозы подразделяются на физиологические, психологические, духовные, социальные. Перечень сестринских диагнозов, утвержденных Американской Ассоциацией медсестер NANDA (1986), насчитывает в настоящее время 114 основных наименований, в числе которых гипертермия, боль, стресс, страх, беспокойство, социальная самоизоляция, недостаточная самогигиена, нарушение координации, тугоподвижность суставов, пониженная физическая активность, недостаток знаний и другие [7]. Сестринский диагноз может содержать несколько формулировок и меняться каждый день и даже в течение дня по мере того, как изменяются реакции организма на болезнь.

Сестринский диагноз является основой для III этапа сестринского процесса – планирования. В Протоколе сестринского вмешательства формируются цели и мероприятия, указываются примерные сроки и итоговая оценка мероприятий.

Целью IV этапа является выполнение действий в соответствии с планом. На V этапе медицинская сестра оценивает свои действия. В Протоколе сестринского вмешательства фиксирует результаты своих наблюдений за пациентом. Здесь она делает запись об изменениях состояния ребенка, чему обучила маму, как мама выполняет рекомендации врача, массажиста, логопеда.

Пример:

***I этап.** Руслан Р., диагноз с-м ДЦП, спастический гемипарез тяжелой степени, гидроцефально-гипертензионный синдром, ЗПР. Поступил на лечение в Центр в возрасте 3 лет. Ребенок от I беременности после 11 лет бесплодия. Беременность протекала на фоне угрозы прерывания – 13–15 нед., 18–24 нед. У матери во время беременности отмечался гестоз, анемия, уреоплазмоз. Ребенок родился с массой 3500 г, рост 52 см. Оценка по шкале Апгар 6–7 баллов, через 16 часов состояние ухудшилось – акроцианоз, судорожная готовность, сопорозное состояние, был переведен в реанимационное отделение, где находился в течение 3 недель. В 1,5 мес. неврологом выставлен диагноз: натальная церебральная травма, с-м двигательных нарушений, псевдобульбарный с-м, угрожаем по ДЦП, микроцефалии. Далее отставал в развитии, неоднократно лечился в неврологических отделениях, неврологическом санатории. В 1,5 года выставлен диагноз: последствия раннего органического поражения ЦНС, с-м ДЦП. Мать воспитывает ребенка сама, отец из семьи ушел. Мать ощущает по отношению к ребенку чувство вины, воспитывает по типу гиперопеки. Мама отрицательно относится к медикаментозному лечению («не хочет губить печень») и вообще не очень доверяет врачам.*

При осмотре – ребенок ходит самостоятельно, неуверенно, хромот на правую ногу, правая рука в вынужденном положении. Выраженная сгибательно-пронаторная контрактура правого локтевого сустава и сгибательная контрактура правого коленного сустава. Объем активных движений верхней и нижней конечности соответствует 25% нормального объема. Мышечный тонус высокий. Мальчик в контакт

не вступает, двигателью расторможен, эмоционально лабилен, боязлив. Речи нет, отдельные звуки, хотя, со слов мамы, дома произносит некоторые слова. Себя практически не обслуживает. Интеллектуальные предпосылки низкие. Из сопутствующих заболеваний атопический дерматит, который ярко выражен на данный момент. Мама отмечает у ребенка плохой сон из-за кожного зуда.

**II этап.** У ребенка нарушены потребности в движении, во сне, в общении, в безопасности. Проблемы (сестринский диагноз): нарушение двигательной активности, кожный зуд, высокий риск инфицирования кожи, дефицит гигиенических навыков, страх, тревожность, связанные с переменой

обстановки, отсутствием матери, дефицит знаний матери о заболевании и лечении, низкий уровень комплаентности.

Приоритетные проблемы – кожный зуд, дефицит знаний матери о диете при дерматите, низкая комплаентность, обусловленная дефицитом знаний о ДЦП и принципах оказания помощи.

Потенциальные – высокий риск инфицирования кожи, нарастание страха, тревоги, увеличение контрактур, ухудшение состояния ребенка вследствие низкой комплаентности матери.

Рассмотрим **план сестринского вмешательства (III этап)** при решении приоритетной проблемы ребенка (табл. 1).

Таблица 1

План сестринского вмешательства при решении приоритетной проблемы ребенка

Дата	Проблема ребенка и его родителей	Цели (ожидаемый результат)	Действия медсестры (IV этап)	Итоговая оценка эффективности и возможные коррективы (V этап)
11.09	Кожный зуд	Уменьшение кожного зуда	Обрабатывать кожные покровы детским кремом, места расчесов – краской Кастеллани, дать антигистаминный препарат по назначению врача	Зуд должен уменьшиться
11.09	Дефицит знаний мамы о правильном питании ребенка	Мама понимает необходимость правильного питания ребенка	Провести беседу о диете при дерматите	Мама исключила из пищи аллергены, зуд стал меньше.
13.09	Дефицит знаний о проведении водных процедур	Мама знает, как правильно купать ребенка	Провести беседу о правильном купании	Мама правильно купает ребенка, явления дерматита стихают
16.09				Кожный зуд прекратился, сон нормализовался.

Предложенные нами новые организационные формы работы были применены в течение 1 года у 12 пациентов в возрасте 4–6 лет с диагнозом ДЦП. Группа сравнения состояла также из 12 детей с тем же диагнозом. Полученные результаты исследования были подвергнуты статистической обработке с использованием пакета статистической программы Statistica for Windows 6.0. Данные выражали в виде средней арифметической и ее стандартной ошибки ( $M \pm m$ ).

### Результаты исследования и их обсуждение

В конце периода наблюдения были проанализированы результаты примененных нововведений. Были отмечены следующие преимущества:

- более четко соблюдался принцип преемственности в реабилитации между медицинскими работниками, педагогами и родителями;

- в рамках сестринского процесса медицинские сестры более детально оценивали состояние пациента, продумывали и регистрировали планы своих мероприятий по

уходу; контакт с ребенком и родителями стал теснее;

- врачи использовали в лечебном процессе дополнительные сведения о пациенте, полученные от медицинских сестер; часть своих непрофильных функций делегировали медицинским сестрам;

- старшая медицинская сестра, используя сестринскую документацию, имела возможность контролировать деятельность медицинских сестер по уходу, определять уровень их профессиональных знаний и навыков (Протоколы сестринского вмешательства);

- активное участие медицинских сестер усиливало вовлеченность родителей в совместное решение проблем ребенка, медицинские сестры оказывали практическую помощь родителям в уходе за ребенком на дому, помогали родителям осваивать элементы массажа, гимнастики, обучали родителей изготовлению различных ортопедических приспособлений для использования их в домашних условиях.

С целью изучения влияния технологии сестринского процесса на результаты реабилитации нами было проанализировано состояние двигательной и психоэмоциональной сферы в основной группе

и группе сравнения. Для оценки двигательной сферы мы исследовали уровень локомоторных функций [6]. Результаты проведенного исследования представлены в табл. 2.

Таблица 2

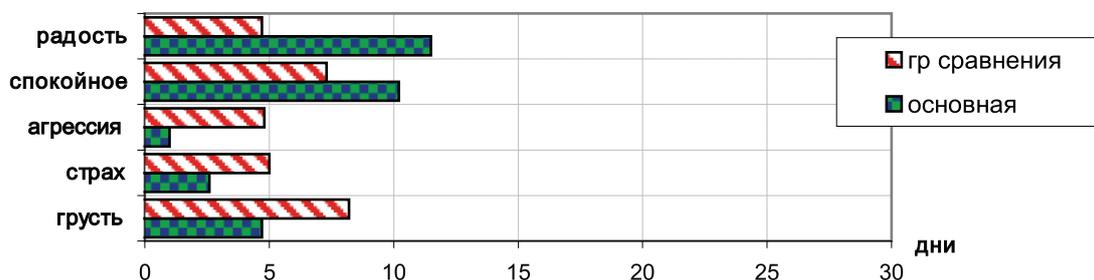
Состояние двигательной сферы (в баллах,  $M \pm m$ )

Показатель	Основная группа		Контрольная группа	
	Начало года	Конец года	Начало года	Конец года
Уровень локомоторных функций	2,75 ± 0,08	4,25 ± 0,07 p < 0,05	2,8 ± 0,1	3,5 ± 0,09

Как видно из полученных результатов, уровень локомоторных функций в основной группе повысился в среднем на 1,5 балла, а в группе сравнения – в среднем на 0,7 балла. Эти результаты свидетельствуют об улучшении локомоторных функций в обеих группах, но в основной группе положительная динамика выражена сильнее.

Для изучения психоэмоционального фона и общего настроения детей мы использовали модифицированную нами шкалу эмоционального состояния [4]. Для исследования восприятия детьми эмоций

и оценки своего настроения мы разработали карточки, на которых было схематично изображено лицо человека в определенном эмоциональном состоянии. Были выбраны наиболее яркие и понятные для ребенка эмоции, а именно: радость, спокойное состояние, страх, гнев и грусть. На этапе обработки результатов оценивали количество используемых детьми элементов для изображения определенной эмоции и настроения в течение месяца. Динамика изменения психоэмоционального состояния представлена на рисунке.



Изменение психоэмоционального состояния детей

Как видно на рисунке, у детей основной группы преобладали такие эмоции, как радость и спокойное состояние (в среднем 11,5 и 10,2 дней в месяц), дети группы сравнения почти треть месяца находились в подавленном состоянии.

Таким образом, данные обследования выявили следующие тенденции: в течение исследуемого периода дети основной группы были эмоционально стабильны, у них преобладал ровный и повышенный фон настроения (средний балл 4,5 по шкале эмоционального состояния). Средняя оценка баллов у детей группы сравнения показала, что дети больше склонны к пониженному фону настроения, эмоционально лабильны, средний балл 3,3 по шкале эмоционального состояния.

Современные технологии реабилитации требуют активного участия семьи в реабилитационном процессе. Для этого родители должны стать равноправными партнерами специалистов, много знать и уметь. В последние годы стала активно развиваться такая форма медицинской профилактики, как Школы для пациентов. Мы разработали программу и методику Школы для родителей детей с врожденной патологией опорно-двигательного аппарата, цель которой – способствовать повышению приверженности родителей к лечению и реабилитации детей, улучшению выполнения родителями рекомендаций, сформировать у них мотивацию к сохранению своего здоровья и повысить ответственность за здоровье ребенка. Своевременно полученная

родителями информация о специалистах, о методах реабилитации в домашних условиях позволяет существенно облегчить реабилитационный процесс. Первый опыт внедрения школы показал, что обучение родителей (66 человек) сопровождается повышением уровня их комплаентности у 95% и уровня медицинской активности у 90% родителей.

### Выводы

Полученные результаты свидетельствуют о том, что апробация технологии сестринского процесса на базе Центра развития ребенка прошла успешно и положительно повлияла на эффективность комплексной реабилитации детей с ДЦП: улучшение локомоторных функций, психоэмоционального фона и общего настроения детей. Для реабилитации и обучения родителей в Школе целесообразно использовать методологию сестринского процесса, которая позволяет выявлять и корректировать медицинские, социальные и психологические проблемы семьи больного ребенка.

### Список литературы

1. Государственный доклад о состоянии здоровья населения и деятельности учреждений здравоохранения Челябинской области в 2011 году. Министерство здравоохранения Челябинской области. ГБУЗ «ЧОМИАЦ». – Челябинск, 2012. – 168 с.
2. Двойников С.И. Теория сестринского дела: Учебное пособие для студентов факультета высшего сестринского образования / С.И. Двойников, Л.А. Карасева, Л.А. Пономарева. – Самара: Перспектива, 2002. – 160 с.
3. Информационный сборник показателей деятельности учреждений здравоохранения и здоровья населения Челябинской области за 2011 г. Министерство здравоохранения Челябинской области. ГБУЗ «ЧОМИАЦ». – Челябинск, 2012. – 65 с.
4. Изард К.Э. Психология эмоций. – СПб.: Питер, 2009. – 264 с.
5. Калинина С.А. Научное обоснование организационных форм повышения эффективности работы сестринского персонала отделений восстановительного лечения и реабилитации многопрофильной больницы: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – СПб., 2008. – 23 с.
6. Козьявкин В.И. Детские церебральные параличи / В.И. Козьявкин, М.А. Бабадаглы, С.К. Ткаченко., О.А. Качмар. – Львов, 1999. – 312 с.
7. Перфильева Г.М. Международная классификация сестринской практики // Медицинская сестра. – 1999. – № 6. – С. 35–38.

### References

1. Gosudarstvennyj doklad o sostojanii zdorov'ja naselenija i dejatel'nosti uchrezhdenij zdavoohranenija Cheljabinskoj oblasti v 2011 godu. [The State Report on a Health of the Population and Activity of Healthcare Institutions of Chelyabinsk Oblast in 2011. Ministry of Health of Chelyabinsk Oblast]. Chelyabinsk, GBUZ «ChOMIAC», 2012. 168 p.
2. Dvojniov S.I. Teorija sestrinskogo dela: Uchebnoe posobie dlja studentov fakul'teta vysshego sestrinskogo obrazovanija [Nursing Theory: Manual for Higher Nursing Education Departments]. Samara, Perspektiva, 2002. 160 p.
3. Informacionnyj sbornik pokazatelej dejatel'nosti uchrezhdenij zdavoohranenija i zdorov'ja naselenija Cheljabinskoj oblasti za 2011g. [The Information Collection of Activity Indicators of Healthcare Institutions and Health of Chelyabinsk Oblast population for 2011. Ministry of Health of Chelyabinsk Oblast]. Chelyabinsk, GBUZ «ChOMIAC», 2012. 65 p.
4. Izard K.J. Psihologija jemocij [Psychology of emotions]. Saint-Petersburg, Piter, 2009. 264 p.
5. Kalinina S.A. Nauchnoe obosnovanie organizacionnyh form povyshenija jeffektivnosti raboty sestrinskogo personala otdelenij vosstanovitel'nogo lechenija i reabilitacii mnogoprofil'noj bol'nicy: Avtoref. dis. kand. med. nauk [Scientific Justification of Organizational Forms of Nursing Staff Overall Performance Increase in Recovery Treatment and Rehabilitation Departments of Versatile Hospital: Avtoref. thes. cand. of medical sciences]. Saint-Petersburg, 2008. 23 p.
6. Kozjavkin V.I. Detskie cerebral'nye paralichi [Infantile Cerebral Paralysis]. Lvov, 1999. 312 p.
7. Perfilieva G.M. Medicinskaja sestra, 1999, no 6, pp. 35–38.

### Рецензенты:

Лапик С.В., д.м.н., профессор, заведующая кафедрой теории и практики сестринского дела, ГБОУ ВПО «Тюменская государственная медицинская академия» МЗ РФ, г. Тюмень;

Павленко Т.Н., д.м.н., профессор, заведующая кафедрой сестринского дела, ГБОУ ВПО «Оренбургская государственная медицинская академия» МЗ РФ, г. Оренбург.

Работа поступила в редакцию 11.04.2014.