МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ РФ

ГОУ ВПО «ЧЕЛЯБИНСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ

ФЕДЕРАЛЬНОГО АГЕНТСТВА СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ И ЗДРАВООХРАНЕНИЯ»

ФАКУЛЬТЕТ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ, ВЫСШЕГО СЕСТРИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ И МЕНЕДЖМЕНТА

Кафедра сестринского дела, ухода за больными и менеджмента

Дипломная работа

По специальности 060109.65- сестринское дело

Гендерная дифференциация как основа для выбора стратегии

сестринского вмешательства

Бажутина Евгения Васильевна

Руководитель ассистент

кафедры сестринского дела,

ухода за больными и менеджмента

И.И. Грицань

Челябинск-2010

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

ВОЗ - Всемирная Организация Здравоохранения

ГЦ - Геронтологический центр

ОДА - опорно- двигательный аппарат

ОНМК - острое нарушение мозгового кровообращения

ООН - Организация Объединенных Наций

СДС - синдром диабетической стопы

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ

ГЛАВА 1. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

.1 История развития и основные направления гендерных исследований

.2 Гендерные особенности медицинских и социальных проблем у лиц пожилого и старческого возраста

.3 Роль медсестры - менеджера в выборе оптимальной модели сестринского дела в геронтологических учреждениях

ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

.1 База исследования

.2. Организация и методика исследования

.3 Методы исследования

ГЛАВА 3. РЕЗУЛЬТАТЫ СОБСТВЕННОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

.1 Характеристика контингента Геронтологического центра

.2 Медико-социальные проблемы жильцов Геронтологического центра

.3 Удовлетворенность качеством медико-социального обслуживания и сестринским уходом

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

ВЫВОДЫ

РЕКОМЕНДАЦИИ

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

ПРИЛОЖЕНИЯ

ВВЕДЕНИЕ

Появление гендерных исследований как принципиально нового методологического подхода к исследованию не только мужчин и женщин, но и всей жизнедеятельности общества в целом - одно из наиболее ярких явлений в научной жизни двадцатого столетия.

Тема пола, понятия "мужского" и "женского" обсуждались в традиционных философских, социологических и психологических теориях. Предпосылками к традиционному анализу этих проблем служили представления о принципиальном биологическом отличии женщин от мужчин, женской второстепенности и, соответственно, "естественности" и природной предзаданности мужского доминирования в обществе.

Гендерная теория рассматривает проблему дифференциации мужского и женского в обществе с принципиально иных позиций. Ее основой является представление о том, что почти все традиционно считающиеся "естественными" различия между полами имеют не биологические, а социальные основания (Матюшина Ю. Б., 2007).

Глобальное постарение населения способствует привлечению внимания к исследованию особенностей протекания старости. Исследуя проблемы социально-психологической адаптации пожилых людей, в том числе, влияние одиночества на эти процессы, необходимо обратить внимание на выраженные гендерные различия, хотя в большинстве геронтологических исследований о них не упоминается (Харитонова Е.В., 2006)

Пожилой возраст - один из самых сложных периодов жизненного пути человека. В этот период все социальные функции человека свертываются:

он прекращает свою трудовую деятельность, теряет признание и авторитет, начинает чувствовать свою психологическую изоляцию. При анализе развития личности в жизненном цикле особую актуальность не только в теоретическом, но и практическом отношении приобретают психологические вопросы, связанные с трудностями в налаживании коммуникаций, тревожностью, особенностями самооценки, уровнем притязаний, самоагрессией, постепенным своеобразным личностным самоедством, потерей личностной идентичности, неспособностью построить новую систему идентификаций в позднем возрасте. Наряду с процессами инволюции, поздний возраст характеризуется и эволюционными приспособительными изменениями. В личностном плане это связано с процессами реституциализации, включающими в себя комплексы восстановления, направленных на замедление старения, формирование мотива деятельности и др. Эти процессы так или иначе опосредуются полом человека, его гендерной составляющей (Грошев И.В.,2007).

Важной социальной проблемой является демографическая деформация в когорте 60 лет и старше соотношения мужчин и женщин. Старение женского населения выражено гораздо сильнее, чем мужского. Так, например, в Германии соотношение женщин и мужчин в возрастной группе 65 лет и старше составляет 1.4, а в группе свыше 80 лет- 2.0, в Великобритании - соответственно 1.45 и 2.3, в Голландии- 1.5 и 2.3, во Франции- 1.5 и 2.2. Доля женщин старше трудоспособного возраста (старше 55 лет) по отношению ко всему населению в Российской Федерации составляет 20,5%. В России также неуклонно идет усиление преобладания количества пожилых женщин над пожилыми мужчинами и чем старше, тем это преобладание становится более заметным. Для возрастной структуры населения характерна феминизация. Отмечается типичная для современного общества половая асимметрия средней продолжительности ожидаемой жизни. Проблема более низкой ожидаемой продолжительности жизни мужчин России по сравнению с женщинами сохраняется. В настоящее время российские женщины живут дольше мужчин на 12 лет. Это приводит к росту численности одиноких пожилых людей, как правило, ими оказываются женщины. Привычной становится констатация, что «у старости женское лицо». (Лавлинская Л.И., 2004).

По-прежнему в начале ХХI века основными проблемами пожилых людей в современной Российской Федерации остаются: плохое состояние здоровья плюс малообеспеченность и одиночество. В настоящее время около 5 млн. пожилых людей в Российской Федерации, одиноких и одиноко проживающих, нуждаются в различных видах социальных и медицинских услугах, причем более 1,5 млн. нуждаются в постоянном уходе. Среди почти 11 млн. инвалидов более половины являются инвалидами пожилого возраста, в основном 1-й и 2-й групп, что свидетельствует о крайне болезненном, патологическом характере старения и старости.

Большую социальную значимость представляет собой вопрос, где заканчивают свой жизненный путь одинокие престарелые люди. По некоторым оценкам, лишь 7% из них умирают в больницах (среди женщин - 5%, среди мужчин - 13,7%). Остальные же 93% пожилых людей умирают на дому. Если из мужчин в стационарах умирает каждый седьмой, то среди женщин перед смертью госпитализируется лишь каждая двадцатая. Это свидетельствует о разной степени сохранения способности к самообслуживанию при ухудшении самочувствия одиноких мужчин и женщин.

Такие гендерные различия требуют особого отношения в вопросах организации геронтологической помощи и сестринского ухода.

Изменение демографической, экономической и социальной ситуации требует адекватного роста и развития различного рода медицинских и социальных служб для такой массовой, разнообразной и проблемной категории населении, какой ныне являются пожилые люди. Связующим звеном между этой частью населения и сферой медико-социальной службы по мнению таких ученых, как Г.М. Перфильева, Ж.Е. Турчина, С.И.Двойников, Е.Г.Мягкова, Р.О. Яцемирская, Н.Н. Сачук, могут и должны стать медицинские сестры. Соблюдение одного из принципов сестринской помощи - улучшение качества жизни особенно значимо для этой социально незащищенной группы граждан нашей страны. Специалисты сестринского дела должны уметь сотрудничать с социальными службами и представителями различных организаций, а стратегии выбора сестринского ухода должны быть нацелены на личность пожилого человека, на физические, психологические и социальные проблемы, возникающие перед этой личностью.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ: Изучение медико-социальных и психологических проблем лиц позднего возраста, проживающих в стационарном учреждении, для определения тактики сестринского вмешательства с учетом гендерных аспектов.

ЗАДАЧИ:

Изучить литературные данные по гендерным аспектам медико-социальных и психологических проблем лиц пожилого и старческого возраста.

Провести анализ работы Геронтологического центра «Спутник».

Дать медико-социальную характеристику пациентов Геронтологического центра и выявить психологические проблемы.

Разработать рекомендации по оптимизации сестринского ухода с учетом гендерных различий лиц пожилого и старческого возраста.

ОБЪЕКТ ИССЛЕДОВАНИЯ: медико-социальные и психологические проблемы лиц проживающих в Геронтологическом центре «Спутник».

ПРЕДМЕТ ИССЛЕДОВАНИЯ: организация сестринского ухода в Государственном учреждении Геронтологическом центре «Спутник» города Шадринска Курганской области.

ГЛАВА 1. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

.1 История развития и основные направления гендерных исследований

Первые гендерные исследования появились во второй половине ХХ века на Западе. Развитие индустриального общества создало предпосылки и потребность широкого участия женщин в общественном производстве. Развитие массового производства, урбанизационные процессы, появление новых технологий, обеспечивающих меньшие затраты физического труда, привели к устойчивому росту спроса на женский труд. Женщины получили доступ к образованию, что способствовало росту женского самосознания, изменению системы общественных ценностей. Это, в свою очередь, привело к изменению роли и социального статуса женщины в обществе, что естественным образом сказалось и на изменении социального статуса мужчины, а любые изменения вызывают исследовательский интерес. Принято считать, что гендерные исследования начали развиваться в России в конце 80-х - начале 90-х годов, когда стали возникать первые феминистские группы и независимые женские организации, а в журналах появились первые публикации и переводы статей по гендерной проблематике. Опубликованная в 1989 году в журнале «Коммунист» статья А. Посадской, Н. Римашевской и Н. Захаровой «Как мы решали женский вопрос» стала своего рода программным документом начальной стадии нового направления в науке и общественном женском движении, которое позже, в 1994 году, с легкой руки английских издателей книги «Women in Russia», было названо «Новой эрой феминизма в России».

Между тем за последнее время актуальность, целесообразность и практическая значимость учета гендерного фактора (использования гендерного подхода) в развитии человеческого потенциала подчеркивается во многих официальных документах мирового сообщества, а также отмечается в современных научных исследованиях (Клецина И.C., 1998; Уэст К., Зиммерман Д., 2000; Кон И.С., 2001; Тюрина И.О., 2002; Воронина О.А., 2002; Ильин И.И., 2004; Грошев И.В., 2007; Бендас Т.В.,2008; Карепова Э.В., 2009). Основная идея всех документов состоит в том, что развитие человеческого потенциала общества подразумевает учет гендерного фактора, так как развитие общества предполагает расширение возможностей всех людей вне зависимости от их пола, возраста, расы, национальности. В документах подчеркивается необходимость учета гендерного фактора во всех вопросах, касающихся жизнедеятельности общества, и включение гендерного подхода во все разрабатываемые программы, что будет целенаправленно способствовать прогрессу в развитии человечества. Это документы ООН, РФ, стран мирового сообщества, закрепляющие нормы искоренения всех форм дискриминации по признаку пола, возраста, расы, национальности и равные возможности доступа к социальным благам общества. Они отражают вопросы равноправия в сфере труда, образования, политики и семейных отношений.

В этой связи становится важным понимание того, что подразумевается в современной науке под понятиями "гендер" и "гендерный подход".

В современной литературе существует большое количество определений "гендера". В последнее время гендер рассматривается как целый комплекс понятий. То, что гендер не имеет универсального определения - его особенность. Хотя гендерные исследования насчитывают не одно десятилетие, дискуссии по поводу определения этого понятия не прекращаются.

Гендер (от английского gender) - род, пол, порождать. Термин гендер был введен в научный оборот американским психологом Робертом Столлером в конце 60-х годов XX века. До этого он использовался только в языкознании как грамматическая категория рода. Смысл его заимствования социологами и философами заключается в акцентировании того, что различия между полами в области разделения общественного труда, ролей в семье, сегрегация социального пространства по признаку пола столь же условны, сколь условен род существительных. Тоже самое относится и к гендерным различиям в культурах и у разных поколений людей в рамках одной культуры.

Изучение психологических различий между мужчинами и женщинами - одно из направлений гендерной проблематики в науке. Это направление развивалось как исследовательская практика, преимущественно опирающаяся на методы, среди которых приоритетными являются эксперимент и использование стандартизированных тестов и опросников.

В истории развития проблематики половых психологических различий выделяется ряд этапов. Например, И. Кон, ссылаясь на периодизацию Кэрол Джэклин, выделяет четыре этапа, значимых для исследования этой проблематики:

. так для 1910-20-хх годов XX века было характерным то, что все немногочисленные исследования психологических особенностей мужчин и женщин подводились под рубрику “психология пола” (psychology of sex), причем пол зачастую отождествлялся с сексуальностью;

. в 1930-60-е годы “психологию пола” сменила “психология половых различий” (sex differences), которые уже не сводились к сексуальности, но большей частью считались заданными природой;

. в конце 1970-х годов этот термин сменился на более мягкий - “различия, связанные с полом” (sex related differences), в то же время круг исследуемых психических явлений расширился, а влияние биологического детерминизма ослабевало;

. в 1980-х годах их стали называть “гендерными различиями” (gender differences), которые могут вообще не иметь биологической основы (Кон И.С., 2000).

Подобным образом можно выделить этапы и в развитии направления, связанного с изучением психологических различий между мужчинами и женщинами в отечественной психологической науке.

До 70-х годов в советской психологии проблемы половой дифференциации не изучались, а те, крайне малочисленные работы, который были опубликованы, относились к “психологии пола” и отождествлялись с вопросами сексуальных отношений, преимущественно супружеских.

В 70-80-е годы стали появляться редкие работы, в которых ставились специальные задачи, связанные с изучением различий между полами. Это направление определялось, как “психология половых различий”, а основные выявленные различия считались биологически детерминированными.

И лишь в 90-е годы в отечественной психологии стали проводиться исследования, ориентированные на изучение “гендерных различий”, не обусловленных биологическим полом.

Данные периоды характеризуют смену научных парадигм, в рамках которых эссенциалистский и сексистский подходы сменились социально-конструкционалистским, гендерным подходом.

Таким образом, в истории изучения проблемы половой дифференциации можно выделить два периода: догендерный и собственно гендерный.

Исследовательским итогом догендерного периода явился перечень тех половых различий, наличие которых было убедительно доказано и обосновано в эмпирических исследованиях, другими словами, представители психологического сообщества пришли к согласованному мнению по поводу наличия этих различий. Таких психологических различий между представителями двух полов оказалось совсем немного. Так, общепризнанными были выявленные различия в когнитивной сфере личностного развития и в сфере социального поведения. В когнитивной сфере можно считать установленным факт наличия половых различий в вербальных, пространственных и математических способностях. У женщин лучше развиты вербальные способности, а у мужчин - пространственные и математические (Либин А.В., 1999, Deaux K.1985, Maccoby E.E., Jacklin C.N.,1974).

Наименьшие различия установлены в вербальных способностях в пользу женщин, наибольшие - в пространственной переработке информации и в пользу мужчин. Что касается различий в математических способностях, то результаты не однозначны. Если речь идет о школьном возрасте, наличие половых различий в математических способностях не доказаны, в то же время результаты, полученные на студенческой выборке, показывают, что молодые люди выполняют задания в целом успешнее, чем девушки (Friedman L., 1989).

В социальном поведении мужчины характеризуются более высоким уровнем развития таких черт, как агрессивность и доминантность, а женщины - дружелюбность и контактность. Для мужчин характерна выраженная тенденция к независимости, а женщины ориентированы на взаимозависимость, которая в контексте авторитарного общества часто трансформируется в зависимость. Женщины в большей степени социально ориентированы, четче осознают те связи, которые объединяют людей и делают их общение более доверительным. Мужчины же стремятся к независимости через избегание зависимости. Еще одно отличие связано с отношением к окружающему миру. Мужское отношение характеризуется напористостью, самоуверенностью, ориентацией на контроль. Женский вариант отношения к окружающему миру характеризуется направленностью на поддержание сложившихся типов взаимодействий с людьми (Montuori A.A., 1989).

Наиболее ярко выраженные различия в социальном поведении мужчин и женщин касаются агрессивных реакций и действий. Существует немало убедительных доказательств того, что мужчины более агрессивны, чем женщины (Бэрон Р., Ричардсон Д.,1997). Мужчины более склонны прибегать к открытой физической агрессии. Для женщин более характерны различные проявления косвенной агрессии. Женщины рассматривают агрессию как средство выражения гнева и снятия стресса, мужчины - как инструмент, модель поведения, к которой прибегают для получения социального и материального вознаграждения.

Что касается социальных ролей мужчин и женщин, то для женщин более значимыми являются семейные роли, а для мужчин - профессиональные. Женская роль в семье больше связана с заботой и уходом за членами семьи; в мужской самоидентификации профессиональный статус играет центральную роль (Либин А.В., 1999).

Итак, в многочисленных исследованиях было убедительно доказано, что даже действительно существующие различия между мужчинами и женщинами оказываются весьма незначительными и часто не превышают 5% от максимально возможной величины (Крайг Г., 2000). На самом деле между мужчинами и женщинами в психологических характеристиках гораздо больше сходства, чем различий.

.2 Гендерные особенности медицинских и социальных проблем у лиц пожилого и старческого возраста

Усиливающееся старение населения Земли является сегодня явно выраженной общепланетарной тенденцией и способствует привлечению внимания к исследованию особенностей протекания старости. Исследуя проблемы социально-психологической адаптации пожилых людей, в том числе, влияние одиночества на эти процессы, особое внимание необходимо уделять гендерным проблемам.

По данным Второй Всемирной Ассамблеи по проблемам старения ООН численность людей старше 60 лет в мире к 2025 году превысит 1 млрд. Не будет исключением в отношении глобальных тенденций старения и Россия. За период с 1939 г по 2000 г доля лиц пожилого возраста в нашей стране увеличилась с 6,7 % до 20,2 % , что позволяет отнести ее к числу стран с быстрыми темпами постарения населения (Ложкина Т.Ю., 2009).

В соответствии с классификацией Всемирной организации здравоохранения к пожилому возрасту относится население в возрасте от 60 до 74 лет, от 75 до 89 лет - к старому, а 90 лет и старше - это долгожители. Это приводит к нарастанию социально-экономических и медицинских проблем и требует увеличение объемов и доступности медицинской и медико-социальной помощи пожилым (Яковлева О.Г., Захарова Н.О., 2000).

Другим важным проявлением глобального процесса старения населения планеты, по мнению специалистов, является рост числа женщин в популяции пожилых и старых людей по мере старения населения. Отмечается, что женщины, чаще чем мужчины, доживают до старческого возраста. Так, в США в 1955 г. соотношение женщины/мужчины для пожилых людей старше 65 лет составляло 115 : 100, в 1985 г. соотношение было уже 138 : 100. По мнению авторов, половая дифференциация явно увеличивается с возрастом. Так на 100 мужчин в возрасте 65 лет и старше приходится 140 женщин, а в возрасте 80 лет и старше 205 (Т.В. Рябчикова. 2006). Таким образом, по мнению отечественных демографов доля лиц в возрасте 60 лет и старше среди мужчин, в настоящее время составляет 11,8%, среди женщин 21,1%. Это важно учитывать, так как женщины чаще пользуются всеми видами медицинских услуг, включая помощь на дому (Н.Е. Гаврилова, 2006).

Другой важный аспект роста численности пожилых и старых женщин в популяции лиц старше 65 лет - увеличение количества вдов. По данным Fioritto P.A. (1997), в 1994 г. пожилые мужчины в США были вдвое чаще в браке, чем женщины: 77% мужчин и 43% женщин. При этом половина всех пожилых женщин в 1994 г. были вдовами - 47%. Это пятикратно превышает число вдовцов - 8,5 млн. женщин и 1,7 млн. мужчин.

Отечественные демографы также особо выделяют проблему пожилых женщин (Комаров Ю.М., 1995; Бондаренко И.Н., 1995). В структуре населения в возрасте 70 лет и старше на долю женщин приходится 75,7%. Среди женщин 60-64 лет более 40% составляют вдовы, разведенные и разошедшиеся; среди женщин 65-69 лет к этим категориям брачного состояния относится более половины женщин - 52,8%, в возрасте 70 лет и старше - 80%. По мнению Ю. М. Евсюкова (1995), процесс демографического старения в России в большей степени характерен для женщин, чем для мужчин: в 1992 г. доля лиц в возрасте 60 лет и старше среди мужчин составляла 11,8%, среди женщин - 21,1%.

Из доклада Комитета Экспертов ВОЗ можно отметить, что старость не является болезнью. Однако люди пожилого возраста представляют группу населения, подверженную развитию болезней, часто дегенеративного характера, которые развиваются постепенно, с длительным бессимптомным периодом и, проявившись, принимают хронический характер. Эти болезни ведут к нетрудоспособности и беспомощности, в силу чего люди пожилого возраста становятся зависимыми от посторонней помощи. Необходимо подчеркнуть, что люди пожилого возраста очень часто страдают рядом болезней, вызывающих тяжелую инвалидизацию. Наиболее распространенными хроническими заболеваниями, ведущими к инвалидности и беспомощности у людей пожилого возраста, являются сердечно-сосудистые и цереброваскулярные болезни, рак, заболевания локомоторной системы, психические болезни и патологические состояния, нарушающие слух и зрение. К инвалидности ведут также несчастные случаи.

Для пожилых больных характерно сочетание нескольких заболеваний (полиморбидность). Так, по данным В.С. Мякотных (1996), у пожилых и старых пациентов отмечалось от 3 до 18 сопутствующих заболеваний. В среднем регистрируются 7,9 заболеваний (Толченов Б.А., 1996). Среди хронических заболеваний на первом месте болезни системы кровообращения, на втором - нервной системы и органов чувств, на третьем - болезни органов дыхания (Введенская Е.С., 1996). Также характерны ограничения двигательной активности и возрастные изменения психики. Около 10% пожилых могут передвигаться лишь в пределах своей квартиры, полностью «прикованы» к постели - 1,5% (Матвеев Э.Н. и соавт., 1995). У мужчин доля таких лиц - 17,8%, у женщин - 41,3%; по мнению специалистов, эти престарелые нередко недополучают врачебную помощь на дому (Безруков В.В., Сачук Н.Н., 1990).

Старение - естественный процесс, протекающий на протяжении всей жизни, а старость является закономерным этапом жизненного цикла любого организма. В разные периоды жизни человек сталкивается с необходимостью решения тех или иных проблем, многие из которых успешно преодолеваются им самостоятельно. Но есть и проблемы, требующие вмешательства специальных служб и подготовленных специалистов (Перфильева Г.М., 2003г).

Проблема старения имеет также психические и социальные аспекты. Многие пожилые люди болезненно переживают изменения в своей жизни, которые подчас усугубляют чисто медицинские проблемы, приводят к утяжелению уже имеющихся хронических заболеваний и появлению новых болезней.

К числу наиболее значимых для лиц пожилого возраста социальных проблем относятся прекращение профессиональной деятельности и выход на пенсию, проистекающие из этого экономические трудности, а также проблемы жизни в семье и одиночестве. (Воробьева П.А., 2002).

Проблемы, связанные с жизнью в семье, обусловлены возрастающей зависимостью от других ее членов, потерей той роли, которую играло старшее поколение ранее (воспитание детей, ведение хозяйства, распоряжение финансами). Часто такая зависимость объективна - пожилому человеку становится трудно справляться с обыденными делами, самостоятельно передвигаться, общаться с другими людьми, делать покупки, готовить пищу, осуществлять гигиенические процедуры. Потеря или уменьшение самостоятельности приводит у пожилых людей к ощущению собственной бесполезности, ненужности, болезненным переживаниям, утяжеляет течение соматических заболеваний. До 90% пожилых людей способны жить самостоятельно, не завися от других членов общества (Волков С.Р., 2003г.).

Э.В. Карюхин (2004) приводит интересные факты: он считает, что потеря супруга, отделение взрослых детей, создавших свою семью - это факторы риска, приводящие к тому, что часть лиц пожилого возраста проживают без семьи и становятся одинокими. Так, еще в 1962 году в США было обращено внимание на быстрое нарастание процента одиноких и вдовых с возрастом: среди мужчин эта группа увеличилась с 18,5% в 66-74 года до 57,8% в 85 лет и старше, среди женщин этого же возраста с 54,6% до 94,9%. По данным обследования 550 одиноких лиц в возрасте 60 лет и старше 37% составили мужчины и 63% женщины. Было выявлено, что наибольшее число нуждающихся в постороннем уходе, приходится на возраст 70-79 лет и, составило 50% всех обследованных. Из этой группы больных 83% были полностью или частично обездвиженными, в том числе по причине нарушения мозгового кровообращения - 54%, из-за нарушений целостности опорно-двигательного аппарата, расстройств функций тазовых органов и эндокринных нарушений 22%, в 7% - из-за полной потери зрения (Гусева Н.К., Соколова И.А., 2004).

По мнению Г.М.Перфильевой (2003), старость - это особый период жизни человека, когда он должен вступить в борьбу со своим неминуемым угасанием. На этом этапе жизненного пути выделили несколько основных категорий проблем лиц пожилого и старческого возраста:

. изменение физиологического состояния вследствие возрастных анатомо-физиологических особенностей;

. потеря общественных связей;

. потеря близких людей;

. низкий материальный уровень;

. поиск новых интересов и контактов.

Таким образом, мы видим, что пожилым людям свойственны особые медико-социальные проблемы, определяющие нужды и потребности в различного вида медицинской и социальной помощи.

.3 Роль медсестры - менеджера в выборе оптимальной модели сестринского дела в геронтологических учреждениях

В 1995 году Государственной Думой был принят ряд законов в области социальной защиты населения - «О социальной защите инвалидов Российской Федерации», (Собрание законодательства Российской Федерации

№48), «Об основах социального обслуживания населения Российской Федерации» (Федеральный закон от 10декабря 1995).

Вместе с этими документами был принят федеральный закон «О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов» от 2 августа 1995 года. Названные законы являются правовой базой для деятельности специализированных органов в социальном обслуживании (в том числе медицинского) престарелых граждан и инвалидов. При этом следует обратить внимание на то, что в сознании российских законодательных структур самого высокого уровня (точно также и исполнительных) «пожилой или престарелый гражданин» находится рядом с «инвалидами». Такова официальная установка на социальное положение двух совсем разных групп населения. «Престарелые граждане» даже формально не могут быть приравнены к инвалидам (не все престарелые инвалиды; не все инвалиды престарелые; и положение в обществе, и социальная значимость этих двух категорий граждан весьма и весьма различна). Отсюда проистекает много «неудобств» в осуществлении этих законов (Василенко Н.Ю., 2004).

Социально-медицинские проблемы долгожителей (престарелых, пожилых, старых) прежде всего, делятся на социальные и сугубо медицинские. Но это деление не по существу, а по форме (Черносвитов Е.В.,2000). Исходя из положения о том, что пожилой или престарелый человек нуждается не только в сугубо медицинской или сугубо социальной помощи, а как правило, в комплексе медико - социальных услуг, выведено определение такого вида помощи. Это гериатрическая помощь - долговременная медико - социальная помощь больным пожилого возраста, страдающим хроническими заболеваниями с частичной или полной утратой способности к самообслуживанию. И неверно считать, что эта помощь - прерогатива только учреждений здравоохранения. Многолетняя традиция предоставления комплекса медицинских и социально - бытовых услуг в домах - интернатах и психоневрологических интернатах, переориентация их на оказание услуг лица старших возрастов делают их, по существу учреждениями гериатрического профиля (Турчина Ж.Е., Мягкова Е.Г., 2006).

К новым формам относятся Геронтологические центры, представляющие собой муниципальное жилье приспособленное для проживания лиц с частичной или полной утратой способности к самообслуживанию. Там обеспечивают условия для их безопасного проживания. (Петров В.Н., 2006).

Юридически база для них закладывалась еще в 1991 году, когда 1 февраля 1991 года в целях улучшения медицинской и социальной помощи больным, том числе и пациентам пожилого и старческого возраста Министерством Здравоохранения РСФСР был издан Приказ № 19 «0б организации домов сестринского ухода, хосписов и отделений сестринского ухода многопрофильных и специализированных больниц». Дом (отделение) сестринского ухода, хоспис организуется на базе отдельных участковых больниц сельской местности, городских многопрофильных и специализированных (психиатрических противотуберкулезных, онкологических и т.д.). Для консультации больных могут приглашаться на договорной основе специалисты по реабилитации, психотерапевты, юристы. К лечению и уходу могут привлекаться в установленном порядке члены общественных религиозных организаций, благотворительных обществ и ассоциаций (Филатова Н.А., 2004).

Важным элементом эффективной работы гериатрических учреждений должна быть гериатрическая оценка состояния пациента. Первая оценка осуществляется медсестрой вместе с врачом - гериатром для определения способности пациента к самообслуживанию и планированию объема сестринского ухода и медико - социальной реабилитации. (Петров В.Н., 2006).

Реформирование сестринского дела в Российской Федерации предполагает повышение правового и материального статуса средних медицинских работников, возрастание их роли не только в лечебно-диагностическом процессе, но и в медико-социальной реабилитации лиц позднего возраста, внедрение научных принципов организации сестринской помощи. При подготовке медицинских сестер-менеджеров необходимо учитывать как глобальные научные подходы к разработке и осуществлению сестринского процесса, так и все разнообразие реальных условий функционирования учреждения.

Многообразие потребностей пожилого человека, связанных с его здоровьем и болезнями, формирует сложный комплекс необходимых сестринскому персоналу знаний и умений. При физиологическом старении происходят изменения психологической структуры личности, которые характеризуются падением активности, снижением эмоционального резонанса, нарастанием упрямства и ригидности, повышается чувствительность к различным стресс-факторам. Неоднозначно устанавливаются отношения и с медицинским персоналом.

Важным условием научной организации сестринской помощи является использование концептуальных моделей сестринского дела. Все они базируются на холистическом (целостном) подходе к представлению о человеке и его здоровье как о совокупности физических, психологических и социокультурных переменных, неразрывно связанных в единое целое - изначально большее, чем простая сумма данных переменных (Поляков И.В., 2008).

На основе положений концептуальной модели медицинская сестра-менеджер должна рассмотреть следующие вопросы:

. Преимущества и недостатки использования данной модели в определенном отделении. Влияние особенностей концептуальной модели на структурную организацию сестринской службы.

. Процесс подготовки и переподготовки сестринского персонала: базовые знания, необходимые медицинской сестре для выполнения своих профессиональных функций в рамках данной модели; выработка умений и навыков у медицинских сестер в ходе обучения; привлечение специалистов к обучению.

. Особенности организации сестринского процесса, лечебно-охранительного режима.

. Материальные ресурсы для успешной реализации сестринского процесса в рамках данной концептуальной модели: приоритетные направления расходования средств; нужные объемы материально-технического оснащения (аппаратура, оборудование, мебель, одежда, белье); количество и характер использования помещений, выделение отдельных кабинетов.

. График труда и отдыха персонала для осуществления сестринского процесса в рамках данной модели: количество медсестер на смену, график работы, использование приемов формирования корпоративной культуры, требования к имиджу медицинской сестры.

Для достижения необходимого результата медицинская сестра-менеджер может использовать весь спектр управленческих приемов, но следует учитывать, что многие модели сестринского дела требуют особого стиля руководства, соответствующего общей корпоративной культуре, принятой в данном коллективе (Поляков И.В., Калинина С.А., 2004).

В стационарных учреждениях социальной защиты для пожилых и инвалидов при планировании сестринского вмешательства целесообразно применять концептуальную модель Кинг. Согласно модели Кинг (King) сестринское дело является процессом межличностного взаимодействия между медицинской сестрой и пациентом, в ходе которого обе стороны знакомятся друг с другом, обмениваются информацией, совместно определяют цели дальнейшего взаимодействия и предпринимают действия по достижению этих целей. Целью сестринского вмешательства является поддержание максимального потенциала пациента для повседневной жизни. При этом совместные усилия пациента, медсестры и всех, кто включен в сестринский процесс, направлены на достижение высокого качества и максимальной продолжительности качественной жизни.

Разумный выбор наиболее подходящей модели сестринского дела, творческий подход с учетом всех влияний на систему “сестра - пациент” позволит наиболее плодотворно использовать кадровые ресурсы практического здравоохранения в лице медицинских сестер с различными уровнями образования, повысить степень доверия и удовлетворенности медицинской услугой.

Глава 2. МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.

.1 База исследования

Дипломная работа выполнялась на базе Государственного учреждения Геронтологический центр «Спутник». Государственное учреждение Геронтологический центр «Спутник» (ГЦ) является стационарным учреждением медико-социального обслуживания в государственной системе органов социальной защиты населения Курганской области. Учреждение является медико-социальным учреждением, предназначенным для постоянного, временного (сроком до 6 месяцев) проживания престарелых граждан (мужчин старше 60 лет и женщин старше 55 лет) и инвалидов 1 и 2 групп, утративших способность к самообслуживанию и нуждающихся в постороннем уходе. Местонахождение и юридический адрес: 641886, Курганская область, город Шадринск, Мальцевский тракт, 18.

Учреждение создано на базе Шадринского дома-интерната «Спутник», образованного решением Курганского областного исполнительного комитета Распоряжением № 1-Р от 03.01.1975 г. и является его правопреемником по всем обязательствам. Учреждение создано на основании Постановления Губернатора Курганской области от 26.12.2001 г. № 313 «О Геронтологическом центре».

Геронтологический центр «Спутник» рассчитан на 305 мест проживания пожилых людей и инвалидов. Проживающие размещаются в трехэтажном здании, в благоустроенных комнатах на 1-4 человека.

В Геронтологическом центре созданы отделения:

приемно-карантинное отделение на 10 мест;

пять отделений Милосердия для лиц, нуждающихся в постоянном постороннем уходе, рассчитанном на 25 человек каждое;

отделение реабилитации постинсультных больных на 40 человек;

отделение активного долголетия на 90 человек;

отделение социально-медицинской реабилитации инвалидов молодого возраста на 40 человек.

Более подробная структура Геронтологического центра и структура управления сестринскими кадрами представлены на схемах (приложение 2 и 3).

Цель деятельности Геронтологического центра - продление активного долголетия и достижение более высокого уровня качества жизни пожилых людей и инвалидов, создание условий для достойной старости.

Учреждение осуществляет социальное обслуживание проживающих в нем граждан путем оказания им следующего перечня услуг:

прием граждан в соответствии с профилем Учреждения и учетом их состояния здоровья, активное содействие их адаптации к новой обстановке;

предоставление проживающим гражданам в соответствии с утвержденными нормами благоустроенной площади с мебелью и инвентарем, обеспечение постельными принадлежностями, предметами личной гигиены, нательным бельем, одеждой и обувью;

организацию рационного (в том числе диетического) питания проживающих с учетом их возраста и состояния;

уход за проживающими в соответствии с установленным режимом содержания;

медицинское обслуживание и лечение граждан, организация консультаций врачей-специалистов, а также госпитализация больных с участием территориальных лечебно-профилактических учреждений;

осуществление мероприятий по медицинской, психологической и социальной деятельности;

организацию досуга проживающих (проведения культурно-массовых мероприятий, обеспечение литературой и прессой и др.);

создание условий для проведения религиозных обрядов;

оказание помощи в написании писем;

содействие в обеспечении нуждающихся в технических средствах реабилитации (зубными протезами, слуховыми аппаратами, очками, протезно-ортопедическими изделиями, необходимыми средствами для передвижения);

содействие в организации ритуальных услуг.

В ГЦ разработана комплексная программа реабилитации для лиц пожилого, старческого возраста и инвалидов. Она включает медицинскую, социальную и психологическую реабилитацию. Медицинская реабилитация включает медикаментозные и немедикаментозные методы. Большое внимание уделяется немедикаментозным методам реабилитации: трудотерапии, лечебной физкультуре, аэротерапии, фитотерапии, диетотерапии. Штат врачей представлен следующими специальностями: врач- гериатр, терапевт, невролог, психиатр, хирург, офтальмолог, эндокринолог, уролог, гинеколог, врач УЗ и функциональной диагностики, фтизиатр, зубной врач.

Кадровый состав медицинского персонала представлен в таблице 2.1.1.

Таблица 2.1.1.

Штатное расписание медицинских кадров Геронтологического центра (2009г)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Наименование должности | количество штатных единиц | количество физических лиц | % укомплектованности |
| врач | 21 | 11 | 52,3 |
| медицинская сестра | 63,5 | 44 | 69 |
| младший медицинский персонал | 99,75 | 87 | 87,2 |

Как видно из представленной таблицы врачебный персонал укомплектован лишь на половину, сестринский персонал - на 69%, что объясняется низким престижем работы в этой области.

Текучесть кадров в 2008 г. составила 3,1%, а в 2009 году-13,7%, причем среди среднего медицинского персонала она повысилась всего на 0,4 %, а среди врачебного персонала этот показатель увеличился с 2,7% в 2008 г. до 5,8% в 2009 г. Текучесть прочего персонала в 2009 г. составила 7,1 %. Анализируя эти данные, можно сделать вывод, что текучесть кадров довольно высокая, главным образом среди врачей и прочего персонала. Это отчасти объясняется пенсионным возрастом персонала и отсутствием жилья.

Характеристика медицинского персонала по квалификационным категориям представлена в таблице 2.1.2

Таблица 2.1.2

Квалификационные категории медицинского персонала ГЦ в 2009 г.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| должность | высшая | 1категория | 2категория | Не имеют | % не имеющих категорию |
| врачи | 2 | 6 | - | 3 | 27%. |
| медицинские сестры | 5 | 11 | 19 | 9 | 20% |

По данным таблицы можно сделать вывод, что 27 % врачей и 20 % среднего медперсонала не имеют квалификационную категорию, что говорит о необходимости и возможности роста профессионализма.

.2 Организация и методика исследования

Исследование было организовано и проведено в несколько этапов.

.На первом этапе были проведены сбор и изучение литературы по данной теме, для формирования представления о современном состоянии вопроса.

. На втором этапе была использована анкета, предназначенная для изучения потребности в медико-социальной помощи лицами пожилого и старческого возраста, а также инвалидам и их оценка работы медицинского персонала. При разработке анкеты были соблюдены технико-организационные и этические требования, принятые в социально-гигиенических исследованиях.

. На третьем этапе проведена обработка результатов собственного исследования, были сделаны выводы и сформулированы рекомендации.

.3 Методы исследования

При подготовке дипломной работы были использованы следующие

методы:

. Социологический метод в виде стандартизированного интервью, опроса и анкетирования

. Социально-гигиенический метод в виде выкопировки из учетных и

отчетных форм первичной медицинской документации.

.Математико-статистический метод.

Математико-статистический метод реализовывался нами в виде расчета относительных и средних величин, их достоверности и различия.

Для анкетирования была использована анкета, состоящая из 25 вопросов. (Приложение 1).

Вопросы анкеты направлены на выявление потребностей, проблем пациентов пожилого и старческого возраста. В анкете были предусмотрены следующие части: паспортная часть, медико-социальная характеристика респондентов, их отношение к ряду вопросов по данной теме, рекомендации по улучшению ухода и оказания медицинской помощи населению.

Объектом исследования являлись лица, проживающие в Геронтологическом центре. Анкетирование проводилось анонимно. Генеральная совокупность составила 296 человек, выборочная совокупность- 105 человек, что составляет 35,4% от общего количества проживающих лиц.

ГЛАВА 3. РЕЗУЛЬТАТЫ СОБСТВЕННОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

.1 Характеристика контингента Геронтологического центра

В последние годы активно разрабатываются гендерные аспекты медицины. Гендерная медицина объединяет не только биологические, но и социальные различия между мужчинами и женщинами. Сестринские вмешательства по уходу также должны планироваться с учетом гендерных различий.

В Геронтологическом центре «Спутник» в 2009 году проживали 296 человек. Из них мужчины составили 157 человек (53%), женщины- 139 человек (47%). Возрастная характеристика пациентов представлена на рисунке 3.1.1.



Рисунок 3.1.1. Возрастная характеристика проживающих ГЦ «Спутник» в 2009 г.

Как видно из рисунка, основной контингент проживающих- это лица пожилого 60- 74 года и старческого 75-89 лет возраста (218 человек). Долгожители (90 лет и старше) составляют 4% (13 человек). При проведении анализа возрастного состава проживающих за период 2007-2009г. выяснилось, что возрастные группы 75-89 лет и 90 лет и старше с 2007 года увеличились на 3 %, что соответствует тенденции постарения населения. Средняя продолжительность жизни контингента Геронтологического центра на 01.01.2009г.- 76,5 лет, при этом у мужчин- 75,8 лет, у женщин - 77,3 года.

На момент исследования 190 человек имеют группу инвалидности, из них 50 человек - это лица трудоспособного возраста. Инвалидность среди лиц пожилого и старческого возраста показана в таблице 3.1.1.

Таблица 3.1.1.

Инвалидность среди лиц пожилого и старческого возраста

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| пол | Группа инвалидности | | | | | |
|  | I | | II | | III | |
|  | Абс. | % | Абс. | % | Абс. | % |
| муж | 16 | 12,5 | 58 | 46,7 | 8 | 6,2 |
| жен | 10 | 6 | 45 | 26,8 | 3 | 1,8 |
| всего | 26 | 18,5 | 103 | 73,5 | 11 | 8 |

Из таблицы видно, что превалирует инвалидность II группы среди лиц мужского пола. Среди основных причин, приводящих к инвалидности на первом месте общие заболевания, на втором месте инвалиды детства, третье место занимают офтальмологичесике заболевания.

Для изучения гендерных различий среди лиц пожилого возраста и разработки мероприятий по оптимизации сестринских вмешательств нами было проанкетировано 105 человек. Из них мужчины составили 54 человека (51,4%), женщины 51 человек (48,6%). Причем основную массу составляли мужчины в возрасте 60-74 лет, женщины -70-80 лет, что объясняется различием в продолжительности жизни мужчин и женщин.

Нами рассматривалось семейное положение респондентов: основная часть 66% - вдовые, 24,3% - разведенные, 9,7% никогда не были женаты (замужем). Распределение женщин и мужчин по семейному положению представлено на рисунке 3.1.2.



Рисунок 3.1.2.Семейное положение респондентов.

Образовательный уровень проживающих лиц пожилого возраста относительно невысокий: 10,5% респондентов имели начальное образование, 28,6% - неполное среднее, 45,7% - среднее, 9,5% - среднеспециальное и только 5,7% закончили вузы. Причем уровень образования мужчин, проживающих в Геронтологическом центре выше, чем женщин (рис.3.1.3)



Рисунок 3.1.3. Образовательный уровень мужчин и женщин ГЦ.

Что касается социального положения, то ранее рабочими были 69,4%, служащими - 22,6%; остальные 8% - домохозяйки, инвалиды детства и др.

Физическое здоровье самым непосредственным образом связано со способностью пожилых людей участвовать в жизни общества. В структуре заболеваемости пожилых людей и их смертности хронические заболевания сердечно-сосудистой системы и злокачественные новообразования занимают первое и второе места. Распространены заболевания нервной и эндокринной систем, органов дыхания, кроветворения и пищеварения. Отличительная особенность пожилых людей - сочетание патологических изменений различных органов и систем. Среди наших респондентов более 70% имеют 4-5 и более заболеваний. Среди хронических заболеваний жильцов Геронтологического центра на первом месте болезни системы кровообращения, на втором -заболевания нервной системы и болезни глаз, третье место занимают болезни органов дыхания и опорно-двигательного аппарата. В таблице 3.1.2 представлены ранговые места в структуре заболеваний мужчин и женщин пожилого возраста, проживающих в Геронтологическом центре.

Таблица 3.1.2

Ранговое распределение заболеваний мужчин и женщин ГЦ

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Заболевания | Мужчины | Женщины |
| Ишемическая болезнь сердца | 2 | 1 |
| ОНМК | 1 | 3 |
| Злокачественные новообразования | 8 | 9 |
| Заболевания ОДА | 3 | 2 |
| Сахарный диабет 2 типа | 7 | 6 |
| Бронхиальная астма | 9 | 7 |
| Болезни глаз | 4 | 4 |
| Заболевания нервной системы | 5 | 5 |
| Заболевания мочеполовой сферы | 6 | 8 |

Как видно из таблицы, среди мужчин ведущей патологией являются острые нарушения мозгового кровообращения и их последствия, затем ишемическая болезнь сердца и заболевания ОДА. У женщин среди заболеваний сердечно-сосудистой системы на первом месте ишемическая болезнь сердца и осложнения артериальной гипертензии, второе место занимают заболевания опорно-двигательного аппарата, причиной которых часто служит остеопороз и, как следствие, перелом шейки бедра.

На вопрос «Знаете ли Вы, что такое здоровье?»- 64% респондентов уверенно ответили «да», 36% затруднялись с ответом. Нас интересовало, как респонденты оценивают состояние своего здоровья. Лишь 3,2% считают его хорошим, 43,5% -удовлетворительным, 53,3% - неудовлетворительным. В целом и женщины и мужчины склонны почти одинаково оценивать свое здоровье: и в той и в другой группе более половины оценивали его как неудовлетворительное (мужчины-58,8%, женщины- 59,1%). Среди отклонений в состоянии здоровья опрошенные чаще всего называли снижение: двигательной активности (94,4%), зрения (68,5%), слуха (58,9%), а также необходимость зубного протезирования (56,5%).

Одна из основных причин, ухудшающих качество жизни пожилых- это увеличение с возрастом ограничения движения и снижения способности к самообслуживанию. В таблице 3.1.3. представлены данные об ограничении жизнедеятельности респондентов ГЦ «Спутник».

Таблица 3.1.3

Ограничение двигательной активности пациентов геронтологического центра.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ограничение жизнедеятельности | мужчины | женщины |
| Не могут передвигаться самостоятельно в пределах комнаты | 8% | 6% |
| Нуждаются в посторонней помощи за пределами комнаты | 6% | 5% |
| Нуждаются в приспособлениях (трости, костыли) | 9% | 12% |
| Испытывают трудности в самообслуживании | 63% | 40% |

Для пожилых женщин характерна приспособленность к быту при ограниченной двигательной активности, а у мужчин двигательная активность несколько выше, но больше потребность в бытовом обслуживании.

При оценке здоровья необходимо обратить внимание на мужскую и женскую модель поведения в отношении здоровья. Данные нашего исследования показывают, что различия в таком поведении определяются, прежде всего, установками и стереотипами, сложившимися в отношении поддержания своего здоровья. Можно говорить о том, что мужскую модель поведения в этом отношении большей степени определяют стереотипы, принижающие значимость заботы о своем здоровье. Женская модель отличается большей гибкостью к изменению условий. Судя по ответам наших респондентов, женщины чаще придерживаются диеты, избегают вредных привычек, значительно чаще обращаются за медицинской помощью, регулярно принимают лекарства. Мужчины в три раза чаще ничего не собираются предпринимать по поводу плохого самочувствия, предпочитая ждать, когда все пройдет само собой.

Злободневными в учреждениях социального обеспечения для престарелых и инвалидов остаются проблемы курения и употребления алкоголя. По результатам опроса в Геронтологическом центре «Спутник», абсолютных трезвенников среди мужчин не оказалось, среди женщин их было 45,2%. 47,6% женщин и 6,5% мужчин употребляют спиртные напитки 1 раз в месяц и реже. В то же время 25% мужчин и 8,4% женщин употребляют спиртные напитки два-три paзa в месяц и чаще.

В момент обследования курили 57,5% мужчин и 7,2% женщин; не курят, но курили прежде 30,0% мужчин и 9,5% женщин, не курили вообще 12,5% мужчин и 83,3% женщин.

.2 Медико-социальные проблемы жильцов Геронтологического центра

При социальном опросе жильцов было выявлено, что до поступления в геронтологический центр длительность одинокого проживания мужчин была значительно меньше, чем женщин (соответственно 14,6 лет и 25,6 лет). Это говорит о том, что мужчины менее приспособлены к одинокому проживанию и чаще переселяются в специализированные учреждения.

Почти треть респондентов 39 чел.(37,1%) к моменту поступления в Геронтологический центр имели взрослых детей (21,8% - одного, 10,5% - двоих, 4,8% - троих и более) и, тем не менее, оказались в учреждении социального обеспечения. Причем доля мужчин, не имевших детей и поступивших в Геронтологический центр, была значительно ниже, чем доля бездетных женщин (рис.3.2.1).



Рисунок 3.2.1. Показатель бездетности среди лиц пожилого возраста Геронтологического центра.

Однако, мужчины, имеющие детей, почти в 3 раза чаще оказываются на попечении органов социального обеспечения. Это можно объяснить тем, что при распаде родительской семьи дети чаще остаются с матерью. Нередко они осуждают отца и не поддерживают в дальнейшем с ним никаких контактов. Неслучайно, 51,5% мужчин и только 3,1% женщин оценили свои взаимоотношения с родственниками и, прежде всего с детьми как неудовлетворительные, хорошими их считают 21,2% мужчин и 63,1% женщин. Среди наиболее распространенных причин поступления в Геронтологический центр по данным опроса: одиночество-48,8%, неудовлетворительное состояние здоровья-30,0%, конфликтная ситуация в семье и инициатива родственников-19,0% (рис.3.2.2).



Рисунок 3.2.2. Причины поступления пожилых в социальные учреждения.

Зависимость причин поступления в Геронтологический центр от пола несущественна.

Поступающий в социальное учреждение пожилой человек попадает в сложную ситуацию: с одной стороны, резкая смена окружающей обстановки, с другой - переход к коллективной жизни, необходимость подчиняться установленному порядку, отказаться от привычек, боязнь утраты независимости. Это, в свою очередь, усугубляет его неустойчивое нервно-психическое состояние и служит причиной подавленного настроения, неуверенности в себе и своих действиях, отрицательно сказывается на состоянии здоровья.

Исследуя проблемы социально-психологической адаптации пожилых людей, мы обратили внимание на гендерные различия. С этой целью нами использовался опросник Holms (перевод и адаптация: И. Брязгунов, А.Михайлов, 1996). Проведенное нами исследование показало, что основными проблемами для пожилых мужчин являются одиночество (59%) и здоровье (21%); далее идут тоска, маленькая пенсия, трудности в самообслуживании, и только один человек ответил, что у него нет проблем. Одинокие пожилые женщины также на первое место в качестве основных проблем поставили одиночество (45 %) и здоровье (40 %), далее идут быт, тоска, маленькая пенсия, проблемы детей. На отсутствие проблем указали 10% опрошенных женщин (рис. 3.2.3).



Рисунок 3.2.3.Основные проблемы лиц пожилого возраста ГЦ.

Кроме того, при анализе ответов респондентов были выявлены такие показатели, как снижение работоспособности, нарушение аппетита, сна и т.д. (таблица 3.2.1)

Таблица 3.2.1

Психо-соматические и социальные параметры пожилых по Holms.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | | Пол | |
|  | | Мужской | Женский |
|  | | % | % |
| ВАШЕ СОСТОЯНИЕ В ПОСЛЕДНЕЕ ВРЕМЯ | Заметно снизился круг интересов | 52 | 42 |
|  | Снизилось желание радоваться чему-либо | 38 | 39 |
|  | Нарушился аппетит (или уменьшился вес) | 38 | 51 |
|  | Как бы теряется энергия | 52 | 68 |
|  | Нарушается сон, бессонница | 62 | 61 |
|  | Уменьшилась двигательная активность | 62 | 68 |
|  | Появилось чувство никчемности | 48 | 46 |
|  | Самообвинения | 38 | 40 |
|  | Есть навязчивые мысли о смерти | 38 | 39 |
|  | Возникали суициадальные идеи | 33 | 5 |
|  | Уменьшилось общение с кем-либо | 43 | 54 |
|  | Снизилась работоспособность | 67 | 74 |

Сравнение результатов ответов в мужской и женской группах респондентов позволяет выявить следующие закономерности. Наибольшее число ответов в обоих группах указывало на снижение работоспособности. На втором месте по частоте изменений в состоянии у лиц обоего пола обращает внимание комплекс жалоб, связанных с уменьшением двигательной активности, чувством потери энергии и нарушение сна. Далее обращают внимание указания на уменьшение общения, появление чувства никчемности, заметное сужение круга интересов. Анализ данных этой части нашего исследования, не показал выраженных различий в определении социальных проблем у женщин и мужчин пожилого и старческого возраста.

Люди позднего возраста вынуждены приспосабливаться не только к новой ситуации вовне, но и реагировать на изменения в самих себе. Для тестирования содержания самооценки мы использовали технику М. Куна [Kuhn M. H., McPartland T. S., 1954], в которой испытуемый должен дать 20 ответов на вопрос: «Кто Я?». Выбор методики был продиктован ее процедурной простотой и отсутствием предписаний, связывающих обследуемого каким-либо направлением самоанализа. Испытуемые давали ответы вербально в связи с нередкими в старости затруднениями с письмом. На выполнение задачи отводилось 15 минут ( приложение 4).

По итогам данного тестирования видны существенные гендерные различия. Лишь 39% определений, данных одинокими пожилыми мужчинами, в целом, имели положительный окрас. В ответах преобладали следующие определения: «никто», «старик», «вдовец», «одинокий», «немощный», «никому не нужный», «инвалид». Одинокие пожилые женщины чаще оценивали себя положительно (80%), по сравнению с одинокими мужчинами, и лишь 15% дали отрицательные определения. В ответах преобладали следующие определения: «хозяйка», «женщина», «мать», «бабушка», «пенсионерка», «трудолюбивая», «верущая»

.3 Удовлетворенность качеством медико-социального обслуживания и сестринским уходом

Основными потребителями в сфере медико-социального обслуживания являются жильцы учреждений стационарного типа. Качество медико-социального обслуживания частично обусловлено их оценками своей повседневной жизни в учреждении.

Важное значение для социальной адаптации одиноких стариков имеют жилищно-бытовые условия и психологическая совместимость с соседями по комнате. Только 20% пациентов ответили, что в Геронтологическом центре им уютнее чем, дома, 35% опрошенных чувствуют себя одинаково дома и в стационарном учреждении, 33%- более комфортно чувствовали себя дома. Остальные респонденты не дали ответа.

На момент опроса 23% престарелых проживали в комнате один, 57% - в комнатах на двоих, 12% - на троих. Большинство опрошенных- 85% (35% мужчин и 50% женщин) оценили свое жилище как теплое и светлое. Вместе с тем, на вопрос «Устраивают ли Вас жилищные условия?» 34% респондентов дали отрицательный ответ (11% мужчин и 23% женщин). Среди основных причин неудовлетворенности: малая площадь - 65%, психологическая несовместимость с соседями по комнате - 52%, необходимость ремонта - 4%, неблагоустроенность жилища -20 % .

Организацию питания 63% респондентов оценили как удовлетворительную, 37% не удовлетворены своим питанием. В таблице 3.3.1 представлено мнение мужчин и женщин об организации питания в разных возрастных группах.

Таблица 3.3.1

Оценка организации питания жильцами Геронтологического центра

(в %).

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Оценка | 60-69 лет | | всего | 70-75 лет | | всего | 76-80 лет | | всего | 80-85 лет | | всего |
|  | м | ж |  | м | ж |  | м | ж |  | м | ж |  |
| Удовлетворены питанием | 74 | 44 | 59 | 52 | 76 | 64 | 38 | 68 | 53 | 88 | 64 | 76 |
| Не удовлетворены питанием | 26 | 56 | 41 | 48 | 24 | 36 | 62 | 32 | 47 | 12 | 36 | 24 |

Как видно из таблицы, большую неудовлетворенность в оценке питания проявляют женщины в возрасте 60-69 лет, а мужчины - 76-80 лет.

Большое значение для пожилых и инвалидов имеет общение и организация досуга. Пожилые респонденты - мужчины и женщины - общаются с людьми разного возраста, при этом мужчины отдают предпочтение своим сверстникам, у женщин же возрастные границы круга общения менее четкие. Возможно, это объясняется тем, что мужчины и женщины преследуют при общении разные цели. Если абсолютное большинство мужчин указали целью общения нахождение поддержки и понимания в разговоре, то для женщин - общение с другими людьми в первую очередь - отвлечение от повседневных забот. И те, и другие отмечают потребность в новой информации. Женщины, как правило, более осведомлены, за счет чего общение с людьми всех возрастов дается им легче. С увеличением возраста уравнивается число женщин и мужчин, предпочитающих общаться со сверстниками. Интересно, что среди тем, которые не поднимаются в разговорах, мужчины называют «здоровье», которая является приоритетной у женщин, а женщины также игнорируют тему «политика». И те и другие предпочитают не поднимать религиозные темы, но если женщины спокойно воспринимают разговоры о смерти, ритуальных обрядах, то большинство мужчин вносят тему смерти в разряд «необсуждаемых».

При проведении досуга большинство респондентов 89% слушают радио, смотрят телепередачи - 53%, читают газеты, журналы - 34,5%. Но так как существуют гендерные различия в эмоциональном состоянии, то проведение досуга у пожилых мужчин и женщин отличается. В нашем исследовании каждая вторая женщина соблюдает религиозные обряды и посты, каждая четвертая имеет хобби (вязание, разведение цветов и др.) Женщины чаще общаются с родственниками. У мужчин, живущих в социальных учреждениях, чаще развивается пассивное отношение к жизни, сужение круга интересов, потеря уважения к себе, переживание тягостного чувства ненужности, и как реакция на социальный стресс - злоупотребление алкоголем, что подтверждается нашим исследованием.

Отношение медицинского персонала к проживающим является одним из важных критериев оценки качества медицинской помощи и ухода. Достаточно важным фактором является обсуждение пациентом своих проблем с сестринским персоналом. На рисунке 3.3.1 видно, что большинство пациентов регулярно разговаривают с медсестрами о своих проблемах и только 8% респондентов отметили, что медицинские сестры никогда не интересуются их проблемами.



Рисунок 3.3.1 Частота бесед медицинских сестер с пациентами о

Причем 69% опрошенных мужчин отмечают, что медсестры лишь иногда интересуются их проблемами, а 55% женщин говорят, что сестринский персонал регулярно интересуется их жизнью. Возможно, это объясняется тем, что пожилые женщины, в основном, более открыты для общения, чем мужчины, более контактны, но в то же время с увеличением биологического возраста различия между ними имеют тенденцию к нивелировке.

Одним из важнейших аспектов сестринского ухода является наличие определенных личностных достоинств медсестры, непосредственно влияющих на качество медико-социального обслуживания. К наиболее значимым личностным качествам медицинской сестры жильцы Геронтологического центра относят общительность, внимательность, профессионализм, аккуратность (рис.3.3.2).



Рисунок 3.3.2 Наиболее значимые личностные качества медсестры при осуществлении ухода за пожилыми.

Примечательно, что рейтинг профессионализма не занимает ведущей позиции по отношению к морально- этическим качествам. Мнение жильцов Геронтологического центра мужского и женского пола в этом вопросе существенно не отличались. Это подчеркивает специфику деятельности медицинской сестры в учреждениях социально- реабилитационного профиля. При общении с медицинскими сестрами 35% респондентов постоянно обращаются к ним с вопросами, 47% - иногда, 18% опрошенных не обращаются к медсестре.

Результаты исследования позволили сделать вывод, что большинство опрошенных жильцов Геронтологического центра - 88% удовлетворены медсестринским обслуживанием, 8 % - затруднились с ответом и только 4% респондентов выразили свое недовольство качеством сестринского ухода. Определенный интерес представляет мнения и предложения пациентов об улучшении качества медико-социального обслуживания (рис.3.3.3).



Рисунок 3.3.3. Факторы, влияющие на улучшение медсестринского обслуживания.

Только 14% опрошенных связывают повышение качества медсестринского ухода с улучшением материального обеспечения учреждения, остальные главенствующим оставляют человеческий фактор. Возраст жильцов требует повышенного внимания, многие из проживающих не располагают психологической поддержкой со стороны родственников, следовательно, нуждаются в повышенном внимании со стороны сестринского персонала. Как результат этого 47% пожилых предлагают увеличить время в работе медсестры для общения с ними, а 24% опрошенных предложили увеличить количество медицинских сестер.

Таким образом, данные нашего исследования позволяют определить приоритетные проблемы у жильцов Геронтологического центра и на решение этих проблем ориентировать сестринскую службу. Согласно анализу полученных данных приоритетными социально-психологическими проблемами, как у мужчин, так и у женщин пожилого и старческого возраста, являются чувство одиночества и дефицит общения. Кроме того, были выявлены и медицинские проблемы: у женщин старческого возраста - недержание мочи и остеопороз, у мужчин- трудности мочеиспускания, сахарный диабет 2 типа независимо от пола. Нами были разработаны рекомендации по оптимизации сестринского ухода при этих проблемах.

Рекомендации для сестринского персонала.

Проблема «Одиночество. Дефицит общения»

Успокоить пациента, поговорить о его опасениях, беспокойствах, страхах.

Терпеливо и участливо выслушать (пусть он расскажет о своих родственниках, о своей жизни, о том, что ему интересно в данный момент) и проявлять искреннюю заинтересованность.

Выслушивать до конца при любых обстоятельствах (если это невозможно, мягко остановите разговор, пообещайте продолжить его при первой же возможности).

Организуйте досуг и трудовую занятость с учетом возможностей.

Попытайтесь сохранить или восстановить утраченные связи с родственниками или с людьми, окружавшими пожилого человека до поступления в учреждение.

Поощряйте успехи пациента с целью повышения его самооценки.

Проблема « Недержание мочи»

Будьте особенно тактичны и внимательны (если пациент смущен, кратко успокойте его и эмоционально поддержите)

Рекомендуйте выполнять упражнения « клапанной гимнастики» для тренировки мышц промежности ежедневно.

Посоветуйте использовать специальные прокладки для сохранения физического и психологического комфорта.

Ежедневно проводите туалет половых органов.

Проблема «Остеопороз. Риск падения».

Ежедневно выполнять физические упражнения (для укрепления нижней части тела и вестибулярный аппарат).

Ежедневно измерять артериальное давление.

Проверять медикаменты, которые принимает пациент и сообщать врачу (на предмет совместимости и побочных эффектов: нарушение координации, сонливость).

Следить за обувью пациентов (она должна быть удобной, подошва не скользкой).

Убрать предметы, препятствующие проходу (коврики, пороги) и обеспечить беспрепятственный проход между помещениями.

Включать ночники.

Использовать поручни в туалете, ванной, душевой и периодически проверять их на прочность.

Помогать осуществлять гигиенические процедуры (душ, ванну).

Не рекомендовать резко вставать с постели или с кресла во избежания головокружения.

Проблема «Сахарный диабет». Рекомендации пациенту по диете.

. Есть следует в одно и то же время в течение дня, не менее 4-х раз в день, равномерно распределяя приемы пищи.

. Нельзя пропускать основные приемы пищи.

.Необходимо делать инъекции инсулина, принимать сахароснижающие таблетки примерно в одно и то же время каждый день.

. Если вы делаете инъекции инсулина, а время приема пищи откладывается больше, чем на 1 час, нужно что-нибудь перекусить: 1 кусок хлеба, фрукт, стакан сока, молока, затем как можно скорее поесть.

. Пища должна быть богата клетчаткой (волокнами): хлеб грубого помола, зерновые хлопья, крекеры, фасоль, горох, чечевица, бобовые, рис, овес, гречка, ячмень, фрукты, овощи должны быть в рационе ежедневно

. Забыть о продуктах с высоким содержанием сахара: торты, пирожные, мороженое, варенье, повидло, джем, желе, шоколад, сироп, сладкие напитки, соки.

. Употреблять как можно меньше жирных продуктов: колбасы, жирное мясо, жареные блюда, животное и растительное масло, маргарин, сало, сливки, сметана, майонез.

. Избегать употребления повышенного количества соли.

. Исключить алкоголь.

. Выпивать достаточное количество жидкости.

Рекомендации по физической нагрузке больным сахарным диабетом.

перед началом упражнений обратиться к врачу за советом;

физические упражнения должны выполняться регулярно (по 30-45 минут 3 раза в неделю);

упражнения должны доставлять удовольствие;

полезно вести дневник физических упражнений;

Проблема «Синдром диабетической стопы». Рекомендации по предотвращению СДС.

. Вовремя обратить внимание на предвестники: боли в ногах при ходьбе, в покое, во сне, холодные или отекшие ноги, незаживающие порезы и раны, очень сухие и потрескавшиеся ноги, онемение ног.

. Каждый вечер осматривать подошвенную поверхность стопы и межпальцевые промежутки.

. Ежедневно мыть ноги, используя теплую воду и мягкое мыло, затем тщательно вытирать.

. Не допускать врастания ногтей в мягкие ткани, подрезая их по прямой линии, не допускать появления мозолей, воспаления повреждений.

. Надевая обувь проверить внутреннюю поверхность на предмет неровностей, песка, мелких камешков. Носить только удобную, хорошо пригнанную по ноге обувь.

. Каждый день надевать чистые носки.

. Использовать смягчающие кремы, чтобы сохранить эластичность кожи.

Не рекомендуется:

греть ноги грелкой, парить ноги;

наносить кремы на порезы или между пальцами;

пользоваться ножом, лезвием для удаления мозолей;

ходить босиком;

носить носки с тугой резинкой;

сидеть нога на ногу.

При организации ухода за жильцами Геронтологического центра целесообразно использовать концептуальную модель сестринского дела Кинг. Согласно модели Кинг (King) сестринское дело является процессом межличностного взаимодействия между медицинской сестрой и пациентом, в ходе которого обе стороны знакомятся друг с другом, обмениваются информацией, совместно определяют цели дальнейшего взаимодействия и предпринимают действия по достижению этих целей. Целью сестринского вмешательства при этой модели является поддержание максимального потенциала пациента для повседневной жизни. Для оптимального планирования сестринских вмешательств мы предлагаем использовать шкалу медико-социального риска, разработанную А.В. Подкорытовым (2007) и модифицированную нами для пожилых людей, проживающих в Геронтологическом центре.

Шкала состоит из 4-х разделов, включающих следующие критерии: социально-гигиеническая характеристика респондентов, состояние здоровья, основные характеристики жизнедеятельности, факторы риска (таблица 3.3.2).

В зависимости от набранной суммы баллов пациент, находящийся на стационарном социальном обслуживании попадает в одну из трех групп:

слабо выраженного медико-социального риска (35-65 балла);

выраженного медико-социального риска (66-106 баллов);

высокого медико-социального риска (107-138 балла).

Таблица 3.3.2

Шкала комплексной оценки медико-социального риска лиц пожилого и старческого возраста, находящихся на стационарных формах социального обслуживания

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| №№ | Факторы медико-социального риска | Оценочный критерий | Балл |
| Социально-гигиеническая характеристика | | | |
| 1 | Возраст (лет) | 60-74 75-89 90 и старше | 1 3 6 |
| 2 | Наличие группы инвалидности | Не имеет 3 группа 2 группа 1 группа | 0 2 4 6 |
| 3 | Наличие семьи | Есть Нет | 1 3 |
| 5 | Отношения с родственниками | Хорошие Удовлетворительные Неудовлетворительные | 1 3 6 |
| Состояние здоровья | | | |
| 1 | Наличие хронических заболеваний | Одно 2-4 5 и более | 2 4 6 |
| 2 | Течение хронического заболевания | Компенсированное Субкомпенсированное Декомпенсированное | 1 3 6 |
| 3 | Наличие психических расстройств | Отсутствуют Слабо выражены Выражены | 0 2 6 |
| 4 | Острые заболевания в течение года | Отсутствуют 1-2 3 и более | 0 3 6 |
| 5 | Количество госпитализаций в течение года | Отсутствовали 1-2 3 и более | 0 3 6 |
| 6 | Самооценка состояния здоровья | Хорошее Удовлетворительное Неудовлетворительное | 1 3 6 |
| Основные категории жизнедеятельности | | | |
| 1 | Способность к самообслуживанию | Не ограничено 1 степень 2 степень 3 степень | 0 2 4 6 |
| 2 | Способность к самостоятельному передвижению | Сохранена 1 степень 2 степень 3 степень | 0 2 4 6 |
| 3 | Способность к ориентации | Сохранена 1 степень 2 степень 3 степень | 0 2 4 6 |
| 4 | Способность к общению | Сохранена 1 степень 2 степень 3 степень | 0 2 4 6 |
| 5 | Способность контролировать свое поведение | Сохранена 1 степень 2 степень 3 степень | 0 2 4 6 |
| Факторы риска | | | |
| 1 | Вес | Соответствует возрасту Избыточный Недостаточный | 1 4 4 |
| 2 | Вредные привычки | Отсутствуют Слабо выражены Сильно выражены | 0 2 6 |
| 3 | Стрессы и конфликты | Отсутствуют Редкие Частые | 0 3 6 |
| 4 | Прожиточный уровень | Высокий Средний Низкий | 0 2 6 |
| 5 | Доступность социальных услуг | Высокая Средняя Низкая | 2 4 6 |
| 6 | Питание | Хорошее Удовлетворительное Неудовлетворительное | 2 4 6 |
| 7 | Лекарственное обеспечение | Хорошее Удовлетворительное Неудовлетворительное | 2 4 6 |
| 8 | Индивидуальная программа медико-социальной адаптации | Есть Нет | 2 6 |
| 9 | Жизненная позиция | Активное долголетие Пассивное дожитие | 2 5 |

Такая дифференциация пациентов позволяет для каждой группы разработать перечень необходимых медико-социальных услуг с учетом степени риска.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Усиливающееся старение населения Земли является сегодня явно выраженной общепланетарной тенденцией и способствует привлечению внимания к исследованию особенностей протекания старости.

Реформирование сестринского дела в Российской Федерации предполагает повышение правового и материального статуса средних медицинских работников, возрастание их роли не только в лечебно-диагностическом процессе, но и в медико-социальной реабилитации лиц позднего возраста, внедрение научных принципов организации сестринской помощи. При подготовке медицинских сестер-менеджеров необходимо учитывать как глобальные научные подходы к разработке и осуществлению сестринского процесса, так и все разнообразие реальных условий функционирования учреждения.

Многообразие потребностей пожилого человека, связанных с его здоровьем и болезнями, формирует сложный комплекс необходимых сестринскому персоналу знаний и умений. При физиологическом старении происходят изменения психологической структуры личности, которые характеризуются падением активности, снижением эмоционального резонанса, нарастанием упрямства и ригидности, повышается чувствительность к различным стресс-факторам. Неоднозначно устанавливаются отношения и с медицинским персоналом. Исследуя проблемы социально-психологической адаптации пожилых людей, в том числе, проживающих в социальных учреждениях, особое внимание необходимо уделять гендерным проблемам. Термин «гендер» был введен в научный оборот американским психологом Робертом Столлером в конце 60-х годов XX века. Это не просто обозначение «пола». Гендер - это специфический набор культурных характеристик, которые определяют социальное поведение женщин и мужчин и взаимоотношения между ними, и лишь незначительные различия в гендерных ролях могут быть отнесены к биологическим различиям, которые связаны с принадлежностью к разным полам.

Анализ литературы показал, что в последние годы активно разрабатываются гендерные аспекты медицины. Гендерная медицина объединяет не только биологические, но и социальные различия между мужчинами и женщинами. Сестринские вмешательства по уходу также должны планироваться с учетом гендерных различий.

Настоящее исследование, выполненное на базе Государственного учреждения Геронтологический центр «Спутник» показало следующие результаты.

Геронтологический центр «Спутник» является медико-социальным учреждением, предназначенным для постоянного, временного (сроком до 6 месяцев) проживания престарелых граждан (мужчин старше 60 лет и женщин старше 55 лет) и инвалидов 1 и 2 групп, утративших способность к самообслуживанию и нуждающихся в постороннем уходе. На момент исследования в ГЦ «Спутник» проживали 296 человек. Из них мужчины составили 157 человек (53%), женщины- 139 человек (47%).

Для изучения гендерных различий среди лиц пожилого возраста и разработки мероприятий по оптимизации сестринских вмешательств нами было проанкетировано 105 человек. Из них мужчины составили 54 человека (51%), женщины 51 человек (49%). Основную массу составляли мужчины в возрасте 60-74 г, женщины -70-80 лет. Среди респондентов основная часть (66%) были - вдовые, причем 71% из них - женщины. Уровень образования мужчин, проживающих в Геронтологическом центре выше, чем женщин.

% респондентов имеют 4-5 и более заболеваний. Среди хронических заболеваний жильцов Геронтологического центра на первом месте болезни системы кровообращения, на втором - заболевания нервной системы и болезни глаз, третье место занимают болезни органов дыхания и опорно-двигательного аппарата. При самооценке своего здоровья лишь 3,2% опрошенных считают его хорошим, 43,5% -удовлетворительным, 53,3% - неудовлетворительным. Однако, при оценке здоровья необходимо обратить внимание на мужскую и женскую модель поведения в отношении здоровья. Данные нашего исследования показывают, мужчины в три раза чаще ничего не собираются предпринимать по поводу плохого самочувствия, предпочитая ждать, когда все пройдет само собой. Женщины же чаще придерживаются диеты, регулярно принимают лекарства, избегают вредных привычек. Но проблемы курения и употребления алкоголя остаются злободневными: 25% мужчин и 8,4% женщин употребляют спиртные напитки два-три paзa в месяц и чаще, курят 57,5% мужчин и 7,2% женщин.

Важным аспектом нашего исследования являлись медико-социальные проблемы жильцов. При социальном опросе респондентов было выявлено, что до поступления в геронтологический центр длительность одинокого проживания мужчин составила в среднем 14,6 лет, а женщин - 25,6 лет. При этом 37% респондентов к моменту поступления в Геронтологический центр имели взрослых детей, причем доля мужчин, не имевших детей и поступивших в Геронтологический центр, была почти в 2 раза меньше, чем доля бездетных женщин. Это говорит о том, что у мужчин чаще возникают конфликтные ситуации в семье и сложные взаимоотношения с родственниками. Ведущими причинами поступления в Геронтологический центр для лиц пожилого возраста независимо от пола являются одиночество и неудовлетворительное состояние здоровья.

При социально-психологической адаптации были выявлены такие проблемы как, снижение работоспособности у 70% респонденов, уменьшение двигательной активности у 65% опрошенных, 60% пожилых страдают нарушением сна, бессонницей. 46,5% пациентов указали на уменьшение общения, 47% - на сужение круга интересов. Анализ данных этой части нашего исследования, не показал выраженных различий в определении социальных проблем у женщин и мужчин пожилого и старческого возраста.

Люди позднего возраста вынуждены приспосабливаться не только к новой ситуации вовне, но и реагировать на изменения в самих себе. При проведении тестирования по методике М. Куна с целью определения самооценки мы выявили существенные гендерные различия. Лишь 39% определений, данных пожилыми мужчинами в отношении самих себя, имели положительный окрас. Женщины гораздо чаще оценивали себя положительно (80%).

Критериями удовлетворенности качеством медико-социальной помощи для жильцов Геронтологического центра являются жилищно-бытовые условия, психологическая совместимость с соседями, организация питания и досуга. Большинство опрошенных -85% удовлетворены жилищно-бытовыми условиями, но 52% респондентов неудовлетворенны отношениями с соседями по комнате. При оценке организации питания мнения разделились: большую неудовлетворенность в оценке питания проявляют женщины в возрасте 60-69 лет, а мужчины - 76-80 лет.

Что касается досуга, здесь также существуют половые различия: женщины более охотно общаются с родственниками, чаще имеют хобби. У мужчин, живущих в социальных учреждениях, нередко развивается пассивное отношение к жизни, сужение круга интересов, потеря уважения к себе, переживание тягостного чувства ненужности, и как реакция на социальный стресс - злоупотребление алкоголем, что подтверждается нашим исследованием.

Отношение медицинского персонала к проживающим является одним из важных критериев оценки качества медицинской помощи и ухода. Результаты исследования позволили сделать вывод, что большинство опрошенных жильцов Геронтологического центра - 88% удовлетворены медсестринским обслуживанием, 8 % - затруднились с ответом и только 4% респондентов выразили свое недовольство качеством сестринского ухода. Оценивая достоинства личности медицинской сестры, влияющие на качество ухода, жильцы Геронтологического центра назвали, прежде всего, общительность и внимательность.

Возраст жильцов требует повышенного внимания, многие из проживающих не располагают психологической поддержкой со стороны родственников, следовательно, нуждаются в повышенном внимании со стороны сестринского персонала. Как результат этого 47% пожилых предлагают увеличить время в работе медсестры для общения с ними.

Результаты исследования позволили нам обосновать целесообразность использования концептуальной модели сестринского дела Кинг в уходе за пожилыми и престарелыми людьми, проживающими в Геронтологическом центре и разработать рекомендации с учетом приоритетных социально-психологических и медицинских проблем у мужчин и женщин.

ВЫВОДЫ

. Проведенный анализ литературы показал что, люди пожилого возраста, особенно подвержены влиянию неблагоприятных социальных перемен в их жизни, что влечет за собой утяжеление уже имеющихся хронических заболеваний и появление новых болезней. Выявлены гендерные различия: женщины легче, чем мужчины, адаптируются к новой жизненной ситуации после выхода на пенсию.

. Анализ работы Геронтологического центра «Спутник» свидетельствует о том, что данная форма медико-социального обслуживания востребована населением. Однако, медико-социальные услуги данной категории пациентов осуществляются без учета гендерных различий.

. Изучение медико-социальной характеристики показало, что среди пациентов Геронтологического центра преобладают мужчины (53%) в возрасте 60-74 лет, большая часть из них - одинокие. Состояние здоровья обследованных характеризуется наличием 4-5 хронических заболеваний. В структуре нозологических форм на первом месте заболевания системы кровообращения независимо от пола пациентов. Характерно также ограничение двигательной активности, причем мужчины (63%) в большей степени испытывают трудности в самообслуживании.

. Среди психологических проблем у лиц пожилого и старческого возраста, проживающих в социальном учреждении стационарного типа, преобладают чувство одиночество и дефицит общения.

. Рекомендации, разработанные с учетом гендерных различий лиц позднего возраста, могут способствовать улучшению сестринского ухода за пациентами Геронтологического центра и более профессионально решать их основные проблемы.

РЕКОМЕНДАЦИИ

геронтологический сестринский уход пожилой

В результате проведенного исследования сформулированы следующие практические рекомендации:

Для повышения качества сестринской помощи пожилым, проживающим в социальных учреждениях, использовать разработанные рекомендации для сестринского персонала по приоритетным проблемам пациентов.

Внедрить в практическую деятельность Геронтологического центра «Шкалу комплексной оценки медико-социального риска» для дифференциации пациентов.

Для повышения качества жизни пожилым, проживающим в социальных учреждениях, использовать психологические тренинги, индивидуальные беседы с психологом, создание условий максимально приближенных к «домашним», организация проживающих в группы по интересам.

Регулярно проводить оценку удовлетворенности пациентов Геронтологического центра качеством медико-социального обслуживания.

В геронтологических учреждениях стационарного типа использовать при уходе за пациентами концептуальную модель сестринского дела Кинг.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Анисимов, В.Н. Фундаментальные проблемы изучения продолжительности жизни / В.Н. Анисимов, В.Н. Крутько // Вопросы экономики и управления для руководителей здравоохранения. - 2007.-№6-С.507-511.

. Бендас, Т.В. Гендерная психология. Учебное пособие для ВУЗов / Т.В. Бендас. - СПб «Питер», 2008.

. Боровкова, Т. А. Психологические особенности пожилых больных, страдающих хронической ишемией мозга / Т. А. Боровкова // Известия Уральского государственного университета.- 2006.- № 45.

4. Бреев, Б.Д. К вопросу о постарении населения и депопуляции / Б.Д. Бреев // Социс.- 1998. -№2. С.62-63.

. Бэрон, Р., Агрессия/ Р. Бэрон, Д. Ричардсон.- СПб., 1997.

. Василенко, Н.Ю. Основы социальной медицины: учеб. Пособие / Н.Ю. Василенко. - Владивосток: ТИДОТ ДВГУ, 2004. - 129 с.

. Виноградова, Т.В. Сравнительное исследование познавательных процессов у мужчин и женщин: роль биологических и социальных факторов/ Т.В. Виноградова, В.В Семенов // Вопросы психологии, № 2. 1993.

. Волков, С.Р. Основные медико-социальные проблемы лиц пожилого возраста / С.Р. Волков, М.М. Волкова // Медицинская сестра. -2003. - № 6. - С. 6-8.

. Воробьева, П.А. Гериатрия и геронтология в начале XXI века / П.А. Воробьева // Медсестра. - 2002.- № 1. С. 2-3.

. Воронина, О.А. Гендерная экспертиза законодательства Российской Федерации о средствах массовой информации / О.А. Воронина.- М.: МЦГИ Проект "Гендерная экспертиза", 1998. - 156 с.

. Гаврилова, Н. Е. Влияние старения населения России на течение заболеваний/ Н.Е.Гаврилова // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. - 2006.- №1. - С. 23-27.

.Грошев, И.В. Гендерные аспекты социально-психологической трансформации позднего периода личности [Электронный ресурс] / И.В. Грошев// - Режим доступа : http://www.psychol.ras.ru/conf/grosev.htm

. Двойников, С.И. Обучение пожилого пациента и членов его семьи приемам самоухода и ухода за больным / С.И. Двойников, И.Х. Аббясов // Главная медицинская сестра.- 2001.- №6.

. Доброхлеб, В.Г.Старшее поколение как объект социальных стереотипов / В.Г. Доброхлеб.- М.: Изд-во МАКС-Пресс. - 2007.- С.168.

. Ермолаева, М.В. Практическая психология старости/ М.В. Ермолаева- М: Эксмо-Пресс.- 2002. - 320 с.

.Жихарева, Н.А. Обеспечение качества сестринской помощи в стационарах медицинских учреждений / Н.А. Жихарева // Аспирантские чтения: Материалы межрегиональной конференции. Выпуск 1.- Саратов: Издательство СГМУ.- 2007.- С. 73-75.

. Ильин, Е.П. Дифференциальная психофизиология мужчины и женщины / Е.П. Ильин - СПб.: ПИТЕР.- 2003.- 544с.

. Карюхин, Э.В. Геронтологическая помощь на дому: краткий обзор литературы / Э.В. Карюхин // Психология зрелости и старения. - 2004. - №2.-С. 61-68.

.Карепова, Э. Влияние гендерных стереотипов на восприятие в современном обществе [Электронный ресурс] / Э. Карепова // - Режим доступа: http://www. psyfactor.org/lib/stereotype13.htm.

. Клецина, И.C. Гендерная социализация. Учебное пособие./ И.С. Клецина.- СПб.: Изд-во РГПУ им. А.И. Герцена. - 1998.

. Конев, Ю.В. Особенности работы медицинского персонала с пациентами пожилого возраста / Ю.В. Конев. - М.: Мед. Проект.- 2005.- № 1(3). - 56 с.

. Кон, И.С. Обсуждение темы “Проблемы и перспективы развития гендерных исследований в бывшем СССР”/ И.С. Кон // Гендерные исследования.- № 5.- 2000.- с.27-33.

. Кон, И.С. Мужские исследования: меняющиеся мужчины в изменяющемся мире / И.С. Кон // Введение в гендерные исследования. Часть 1. Учебное пособие./Под ред. И.Жеребкиной.- Харьков-СПб.- 2001.- с. 562-605.

. Крайг, Г. Психология развития / Г.Крайг.- СПб.: Питер.- 2000.- с. 54-78.

.Либин, А.В. Дифференциальная психология: на пересечении европейских, российских и американских традиций / А.В. Либин. - М.: Смысл.- 1999. - 532 с.

. Лавлинская, Л.И. Проблемы поддержания достаточного качества жизни женщин пожилого возраста / Л.И. Лавлинская //Науч.- мед. Вестник центрального Черноземья .- 2004.- № 15.

. Матюшина, Ю. Б. Статья гендерный подход к управлению персоналом высшей школы / Ю. Б. Матюшина // Кадровик. Кадровый менеджмент.- 2007.- №1.

.Мякотных, В.С. Психологические особенности пациентов гериатрического стационара / В.С. Мякотных, Т.А. Боровкова, А.А. Баталов // Успехи геронтологии. - 1999.- № 3. С. 101- 102.

.Переведенцев, В.И. Демографические перспективы России / В.И. Переведенцев // Социологические исследования. - 2007.- № 12.- С.58-69.

. Панкова, Е.В. Принципы организации работы специальной мультипрофессиональной команды./ Е.В. Панкова // Человек и его здоровье - 2007: Материалы 80-й конференции Студенческого научного общества.- СПб.ГМА им. И.И. Мечникова.- 2007 г.- 272 с.

. Пожилой пациент / под ред. Г.М. Перфильевой. М.: Русский врач.- 2003. - Прил. к журн. «Медицинская сестра».- 104 с.

.Подкорытов, А.В. Социальная работа с лицами пожилого и старческого возраста / А.В. Подкорытов // Актуальные проблемы медико- социальной экспертизы.- М.- 2003.- С. 197-198.

. Поляков, И.В. Особенности менеджмента сестринского дела в зависимости от используемой концептуальной модели/ И.В. Поляков, С.А. Калинина // Менеджер здравоохранения.- 2004.- № 10.- С. 28-35.

. Попова, Л. В. Психологические исследования и гендерный подход / Л. В. Попова //Женщина. Гендер. Культура.- М.- 1999.- С.119-130.

. Харитонова, Е.В. Анализ личностных особенностей людей пожилого возраста / Е.В. Харитонова // 3-я Российская конференция по экологической психологии. Тезисы. - М.- 2003. - С. 242-244.

. Яцемирская, Р.С. Социальная геронтология / Р.С. Яцемирская, И.Г. Беленькая. - М.: Владос. - 1999.- 202 с.

. Deaux, K. Sex and Gender /K. Deaux //Annual Review of Psychology.- 1985.- № 36 p. 49-81.

. Eagly, А.Н. Sex differences in social behavior: social-role interpretation. Hilsdale, NJ: Erbaum. 1987.

. Friedman, L. Mathematics and the gender gap. Review of Educational Research, 59, 185-213. 1989

. Hare - Mustin R.J., Marecek J. Gender and the meaning of difference: postmodernism and psychology // Making a Difference: Psychology a. the construction of Gender. New Haven. 1990а. P. 22-64.

. Lott. B. Dual nature of learned behavior: The challenge to feminist psychology // Making a difference: Psychology a. the construction of gender. New Haven; L.: Yale univ. Press, 1990. P. 65-101.

. Maccoby, E.E., Jacklin C.N. The psychology of sex differences. Stanford, CA: Stanford University Press, 1974.

. Montuori, A.A. Evolutionary competence: creating the future. Amsterdam, 1989.

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

АНКЕТА ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ

Уважаемый пациент!

Цель нашего исследования заключается в выявлении потребностей жильцов ГЦ и улучшении качества медико-социального обслуживания. Анкета полностью анонимная. Выбранный Вами ответ (ы) нужно подчеркнуть или отметить каким-либо знаком.

. Ваш возраст:

55-59

60-69

70-79

80-89

90 и старше

. Укажите пол:

мужской

женский

. Ваше образование:

начальное

неполное среднее

среднее

среднеспециальное

высшее

. Ваше семейное положение:

женат ( замужем)

вдовец (вдова)

холост ( незамужем)

разведен (-а)

. Имеете ли Вы инвалидность:

да

нет

. Какую Вы имеете группу инвалидности?

I группу

II группу

III группу

. Испытываете ли вы какие-нибудь трудности в уходе за собой?

да

нет

- иногда

. Напишите причины, связанные с ограничением самообслуживания:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

. Как часто в течение дня Вы нуждаетесь в посторонней помощи:

1 раз в день

3 раза в день

постоянно

.Есть ли у Вас хронические заболевания:

есть

нет

. Знаете ли Вы что такое здоровье?

да

нет

затрудняюсь ответить

. Как Вы оцениваете состояние Вашего здоровья:

очень хорошее

хорошее

удовлетворительное

плохое

очень плохое

затрудняюсь ответить

. Какие проблемы со здоровьем Вы у себя отмечаете:

нарушение сна

нарушение передвижения

плохая память

головокружение

плохое зрение

снижение слуха

недержание мочи и кала

отсутствие зубов

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

. Имеете ли вы детей? Если «да» укажите сколько?

да

нет

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

. Укажите причину поступления в Геронтологический центр:

одиночество

неудовлетворительное состояние здоровья

конфликты с детьми или родственниками

трудности в самообслуживании

материальные проблемы

другое\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

. Испытываете ли Вы ограничение степени общения с родственниками и знакомыми:

да

нет

. Как Вы ощущаете себя в Центре:

комфортно

лучше, чем дома

неуютно, дома лучше

. Устраивают ли Вас жилищно- бытовые условия центра:

да

нет

. Назовите причины неудовлетворенности бытовыми условиями:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

. Оцените организацию питания в ГЦ:

хорошая

удовлетворительная

неудовлетворительная

. Как Вы проводите досуг:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

. Имеете ли Вы увлечения? Если «да» - какие?

да

нет

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

. Как Вы оцениваете отношение к Вам медицинских сестер:

внимательное

терпимое

с пониманием

невнимательное

раздраженное

. Назовите качества медицинских сестер, которые по- Вашему , должны быть у медсестры этого учреждения:

общительность,

внимательность,

профессионализм,

аккуратность

милосердие

терпимость

другое\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

. Удовлетворены ли Вы качеством медико-социального обслуживания в данном учреждении:

да

нет

затрудняюсь ответить

БЛАГОДАРИМ ВАС!



Структура управления сестринскими кадрами



ПРИЛОЖЕНИЕ 4

Тест М. Куна «Кто Я?».

Назначение теста

Тест используется для изучения содержательных характеристик идентичности личности. Вопрос «Кто Я?» напрямую связан с характеристиками собственного восприятия человеком самого себя, то есть с его образом «Я» или Я-концепцией.

Инструкция к тесту

«В течение 12 минут вам необходимо дать как можно больше ответов на один вопрос, относящийся к вам самим: «Кто Я?». Постарайтесь дать как можно больше ответов. Каждый новый ответ начинайте с новой строки (оставляя некоторое место от левого края листа). Вы можете отвечать так, как вам хочется, фиксировать все ответы, которые приходят к вам в голову, поскольку в этом задании нет правильных или неправильных ответов.

Также важно замечать, какие эмоциональные реакции возникают у вас в ходе выполнения данного задания, насколько трудно или легко вам было отвечать на данный вопрос».

Когда клиент заканчивает отвечать, его просят произвести первый этап обработки результатов - количественный:

«Пронумеруйте все сделанные вами отдельные ответы-характеристики. Слева от каждого ответа поставьте его порядковый номер. Теперь каждую свою отдельную характеристику оцените по четырехзначной системе:

• «+» - знак «плюс» ставится, если в целом вам лично данная характеристика нравится;

• «-»- знак «минус»- если в целом вам лично данная характеристика не нравится;

• «±» - знак «плюс-минус» - если данная характеристика вам и нравится, и не нравится одновременно;

• «?» - знак «вопроса» - если вы не знаете на данный момент времени, как вы точно относитесь к характеристике, у вас нет пока определенной оценки рассматриваемого ответа.

Знак своей оценки необходимо ставить слева от номера характеристики. У вас могут быть оценки как всех видов знаков, так и только одного знака или двух-трех.

После того как вами будут оценены все характеристики, подведите итог:

• сколько всего получилось ответов,

• сколько ответов каждого знака».

1.