

Министерство Здравоохранения Украины  
Тернопольский национальный медицинский университет  
имени И. Я. Горбачевского Министерства Здравоохранение Украины

на правах рукописи

Name Surname

магистерская работа

РОЛЬ МЕДСЕСТРЫ В ОБЕСПЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ МЕДИЦИНСКОЙ  
ПОМОЩЬЮ НА ДОМУ И В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

магистр сестринского дела

Научный руководитель:

Тернопольского национального  
медицинского университета  
имени И. Я. Горбачевского  
МЗ Украины

Тернополь – 2021

## СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	3
ГЛАВА 1 РОЛЬ И ОБЯЗАННОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПРИ ОРГАНИЗИЦИИ И ОКАЗАНИИ ПОМОЩИ НА ДОМУ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ).....	6
ГЛАВА 2 ОБЪЕКТ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.....	17
ГЛАВА 3 ПРАВИЛА И ОСОБЕННОСТИ СЕСТРИНСКОГО УХОДА НА ДОМУ ЗА ПАЦИЕНТАМИ С РАЗЛИЧНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ.....	19
3.1 Сестринский уход за больными с расстройствами нервной системы..	
3.2 Сестринский уход на дому за больными с онкологическими заболеваниями.....	27
3.3 Сестринский уход за больными с сердечно-сосудистыми заболеваниями.....	33
ГЛАВА 4 АНАЛИЗ НЕОБХОДИМОСТИ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ПАЦИЕНТОВ ПРИ МЕДСЕСТРИНСКОМ УХОДЕ И ЛЕЧЕНИИ НА ДОМУ.....	40
ГЛАВА 5 МЕДСЕСТРИНСКАЯ ПАЛЛИАТИВНАЯ ПОМОЩЬ НА ДОМУ И В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ.....	44
ВЫВОДЫ.....	55
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	

## ВВЕДЕНИЕ

**Актуальность исследования.** Во всем мире постоянно растет доля пациентов детского [10, 11, 25], взрослого и старшего возраста [12, 22, 32, 36], требующих постоянного профессионального медицинского ухода [27], в частности необходимость в такой медсестринской помощи часто возникает после выписки из медицинского учреждения и предупреждает повторную госпитализацию [5] и инвалидность [2, 39], при длительных хронических заболеваниях [1], таких как онкологические [17, 23, 33], ревматологические [1], сердечные болезни [17, 35], что обуславливает актуальность сестринского дела [1, 3, 4, 20] на дому [3, 9, 10, 24, 39] и в амбулаторных условиях [5, 14, 29, 33]. Профессиональные услуги на дому [13, 15, 18] в области здравоохранения включают в себя широкий спектр ухода [27] и поддержки для тех, кто восстанавливается после пребывания в стационаре [15], которые являются инвалидами [2, 39], имеют хронические или неизлечимые заболевания, в частности, такие, как сахарный диабет [30], сердечные заболевания [17, 35] и нуждаются в медицинской, социальной, или терапевтической помощи или помощи в самообслуживании.

Пожилые люди [12, 22, 32, 36], имеющие проблемы со здоровьем, но которые желающие сохранить свою независимость в своих домах при поддержке профессионального воспитателя, особенно нуждаются в такой помощи на дому или в амбулаторных условиях [29, 30, 32]. В медицинской, социальной, или терапевтической помощи также нуждаются пациенты всех возрастов, которые возвращаются домой после операции, и нуждаются в уходе [27], надзоре или помощи; пациенты, требующие сложных процедур, и требуют и/или использования медицинского оборудования или мониторинга приема лекарственных средств; матери и новорожденные [10, 11, 25], вернувшиеся домой из больницы, которые нуждаются в дальнейших консультациях, поддержке и клинической оценке обученного

медперсонала; молодые люди, оправившись от несчастных случаев или травм, которые могут себя обслуживать, но требуют посторонней помощи в период реабилитации [17]. Все эти услуги предоставляет медицинский персонал при организации наблюдения, лечения и ухода на дому [9, 24, 39], или амбулаторно [6, 16, 29, 32, 33], что очень улучшает медицинскую помощь для пациентов, ведет к значительному улучшению качества их жизни [12, 22, 26, 34].

**Цель исследования:** изучить особенности сестринского процесса при организации наблюдения, лечения и ухода на дому, или амбулаторно для пациентов с неврологическими, онкологическими и сердечно-сосудистыми заболеваниями, изучить особенности сестринской помощи гериатрическим больным амбулаторно и на дому, определить необходимость госпитализации таких пациентов.

**Задания исследования.**

1. Изучить особенности сестринского процесса при уходе на дому за больными.
2. Изучить особенности лечения гериатрических пациентов с различными заболеваниями на дому и амбулаторно.
3. Изучить особенности сестринской помощи больным с неврологическими заболеваниями на дому.
4. Изучить особенности сестринской помощи больным с онкологическими заболеваниями на дому.
5. Изучить особенности сестринской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями на дому.
6. Определить причины и необходимость госпитализации пациентов с различными заболеваниями при уходе на дому.
7. Выявить и сравнить частоту госпитализации пациентов при уходе на дому в зависимости от заболевания.
8. Выявить особенности медсестринской паллиативной помощи на дому и в амбулаторных условиях

**Объект исследования.** Пациенты с неврологическими, онкологическими и сердечно-сосудистыми заболеваниями, которым проводится медсестринская помощь на дому и в амбулаторных условиях.

**Предмет исследования.** Роль сестринского процесса при организации наблюдения, лечения и ухода на дому, или амбулаторно пациентов с онкологическими, сердечно-сосудистыми и неврологическими заболеваниями, изучение необходимости их своевременной госпитализации.

**Методы исследования:** общеклинические методы, сбор анамнеза болезни, жизни, наблюдение за больными, объективное обследование, оценка общего состояния пациентов, сравнение и анализ данных, лабораторные и инструментальные методы исследования; комплексный аналитический метод; статистические методы научного исследования.

**Научно-практическое значение исследования.** При проведении анализа информации о работе медсестринского персонала с пациентами при уходе на дому были определены основные принципы лечения, диагностики и коммуникации пациентов при организации лечения и ухода на дому; в научном исследовании также были определены ключевые факторы в работе медсестры с пожилыми и умирающими больными на проведении лечения в домашних условиях, особенности работы медсестры с пациентами неврологического профиля на дому, роль сестринского процесса при помощи на дому онкологическим больным; лечение и помощь на дому пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями; выделены основные причины госпитализации пациентов; проведен анализ необходимости в госпитализации пациентов, которые обслуживаются медперсоналом на дому; определены заболевания при которых пациенты наиболее часто нуждаются в госпитализации при лечении и уходе на дому и в амбулаторных условиях.

# ГЛАВА 1

## РОЛЬ И ОБЯЗАННОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПРИ ОРГАНИЗАЦИИ И ОКАЗАНИИ ПОМОЩИ НА ДОМУ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Медицинское обслуживание на дому – это система ухода [27], которую квалифицированные медсестры [1, 8, 15] оказывают пациентам на дому [10, 24] под руководством врача [4], часто используя командную работу медицинского персонала [35]. Услуги по уходу на дому включают сестринский уход; физиотерапевтические услуги, трудотерапию и логопедию; и медико-социальные услуги [17]. Цели услуг по уходу на дому - помочь людям улучшить жизненные функции и жить с большей независимостью [12, 22, 26, 34]; способствовать оптимальному уровню самочувствия пациента; и помочь пациенту оставаться дома, избегая госпитализации в клинику или медицинский центр, или госпитализации в учреждения длительного ухода [5, 15]. Врачи могут направлять пациентов для получения медицинских услуг на дому, либо услуги могут быть запрошены членами семьи или пациентами.

По оценкам Центров Medicare [4] и Medicaid Services, 8 090 агентств по уходу на дому в Соединенных Штатах ежегодно оказывают помощь более 2,4 миллионам пожилых людей и инвалидов. Чтобы иметь право на возмещение расходов по программе Medicare, медицинское обслуживание на дому должно быть признано врачом необходимым с медицинской точки зрения и предоставлено пациенту, находящемуся на дому. Кроме того, в зависимости от состояния пациента, уход должен предоставляться периодически и непостоянно, или обеспечиваться пожизненно. Бенефициары программы Medicare со слабым здоровьем, низким доходом и возрастом 85 лет и старше имеют относительно высокий уровень обращения за медицинской помощью на дому [4]. Общие диагнозы среди пациентов, оказывающих медицинскую помощь на дому, включают

заболевание кровообращения (31 % пациентов), болезни сердца (16 %), травмы и отравления (15,9 %), заболевания опорно-двигательного аппарата и соединительной ткани (14,1 %) и респираторные заболевания (11,6 %).

Среда оказания медицинской помощи на дому отличается от больниц и других учреждений, в которых работают медсестры [3, 8, 20]. Например, медсестры по уходу на дому работают самостоятельно, а ресурсы поддержки доступны в центральном офисе. Рабочие отношения медсестра-врач подразумевают меньший прямой контакт с врачом, и врач в большей степени полагается на медсестру при оценке и сообщении результатов [4, 31, 32].

Медсестры, работающие на дому, тратят больше времени на оформление документов [8], чем медсестры в больницах, и уделяют больше времени вопросам компенсации. На безопасность пациентов и качество результатов влияют определенные отличительные характеристики домашней среды медицинского обслуживания: высокая степень автономии пациентов в домашних условиях, ограниченный надзор профессиональных клиницистов за неформальными лицами, осуществляющими уход [27], и ситуативные переменные, уникальные для каждого дома.

Уважение к автономии пациентов ценится в больницах. Тем не менее, многие решения принимаются врачами от имени госпитализированных пациентов. При оказании медицинской помощи на дому клиницисты признают, что условия ухода - дом – это неприкосновенная собственность пациента. Таким образом, по сравнению с госпитализированным пациентом, пациенту, оказывающему медицинскую помощь на дому, часто отводится большая роль в определении того, как и даже будут ли проводиться определенные вмешательства. Например, в больнице медсестры, врачи и фармацевты могут играть определенную роль в обеспечении того, чтобы пациент получал антибиотики с терапевтически подходящими интервалами. Однако дома пациент может принять решение

нерегулярно, несмотря на советы о важности регулярного графика приема лекарств. Таким образом, в дополнение к сознательному выбору, который делают информированные и дееспособные пациенты в отношении их лечения, индивидуальные переменные пациента также могут влиять на исходы на дому иным образом, чем у госпитализированных пациентов [15]. Навыки чтения, когнитивные способности и финансовые ресурсы - все это влияет на способность пациентов, которым медсестры оказывают медицинскую помощь на дому, безопасно управлять режимами приема лекарств. Тем не менее, ни одна из этих переменных не может играть значимую роль в безопасном введении лекарств госпитализированным пациентам.

Помимо самопомощи, некоторые пациенты, направляющиеся домой, получают помощь от членов семьи или других лиц, осуществляющих неформальный уход. Профессиональные врачи не имеют власти над этими лицами, осуществляющими уход. Кроме того, домашняя обстановка и непостоянный характер профессиональных медицинских услуг на дому могут ограничивать способность врача наблюдать за качеством ухода, оказываемого неформальными опекунами, - в отличие от больницы, где помощь, оказываемая вспомогательным персоналом, легче наблюдать и оценивать. Например, из-за ограниченного доступа к транспорту муж может решить не покупать средства для лечения сахарного диабета [30] для своей жены [4, 6, 13]. Такое поведение может не привлекать внимание врача до тех пор, пока не произойдет нежелательное явление. Доказательные вмешательства основываются на тщательной оценке. Ограниченная возможность непосредственного наблюдения за пациентом и лиц, осуществляющих неформальный уход [27], может помешать усилиям по быстрому определению этиологии нежелательного явления.

Если у пациента, которому оказывают медицинскую помощь на дому, обнаруживаются синяки, которые пациент не может объяснить, это может



является следствием падения, физического насилия, что медсестра должна выяснить, чтобы предупредить нежелательные последствия для здоровья.

При помощи пациентов, и при организации за ними ухода со стороны других лиц, обеспечивающих уход на дому [27], стандарты безопасности и качества могут быть достигнуты [12, 22, 26, 34].

Еще одна отличительная черта организации ухода на дому заключается в том, что врачи оказывают помощь каждому пациенту в уникальных домашних условиях. Могут существовать ситуационные переменные, которые представляют для пациентов риски, которые медсестре и врачу трудно или невозможно устранить.

В больницах и клиниках могут быть отделы экологической безопасности, которые следят за качеством воздуха, и проектировщики/инженеры, чтобы гарантировать безопасную высоту ступенек. Клиницисты, оказывающие медицинскую помощь на дому, вряд ли будут иметь подготовку или ресурсы для оценки и уменьшения таких рисков для безопасности пациента дома.

Цель сестринской помощи состоит в том, чтобы обеспечить пациенту поддержание или достижение максимальной нормализации состояния здоровья. В такой помощи нуждаются пациенты, не способные к самостоятельной жизни вследствие расстройств или нарушений здоровья, обусловленных хроническими заболеваниями [1]. Сестринская помощь требуется, в основном, пожилым людям [12, 22, 32, 36], однако в услуге нуждаются и весьма молодые пациенты, находящиеся в тяжелом состоянии [34]. Заключение о потребности в сестринской помощи выносится лечащим врачом [4] и медсестрами.

Сестринская помощь оказывается, как стационарно (в больнице), так и амбулаторно (сестринский уход на дому). Сестринский уход на дому не стоит путать с услугами сиделки. Приходящая на дом сестра осуществляет лишь назначенные врачом процедуры и действия, она не делает уборку, не ухаживает за пациентом и не дежурит около него. Психологическое

состояние медсестры также имеет важное значение [19, 37] и следует следить за тем, чтобы не произошло эмоциональное и профессиональное выгорание медсестер [7, 19, 28, 37].

Цель услуги сестринской помощи состоит в том, чтобы сохранять и по возможности улучшать здоровье и работоспособность пациента, лечить, поддерживать его стабильное состояние и при необходимости облегчать его недомогания. При необходимости услуга сестринской помощи оказывается пациенту на дому, в больнице или в патронажном учреждении.

Решением вопросов, связанных с уходом за больными, занимаются как система здравоохранения, так и органы опеки и попечительства. Больничная касса финансирует услугу сестринской помощи, предлагаемую различными поставщиками услуг здравоохранения [4, 6, 13].

Сестринская помощь на дому – это не то же самое, что дом престарелых и попечительские услуги, однако точки соприкосновения у них все же есть, поскольку у людей, проживающих в домах престарелых, зачастую тоже имеются проблемы со здоровьем [32, 36].

Направление пациента на услугу независимой сестринской помощи в стационаре или сестринского ухода на дому должно быть оформлено надлежащим образом [8]. Данные направления должны соответствовать условиям и порядку ведения документации при оказании услуг здравоохранения, а также хранении этих документов. Оказание услуги сестринской помощи невозможно, если направляющим врачом не были назначены лечение и частота потребности в сестринской помощи.

При принятии программы развития сети услуг патронажного лечения, подчеркивалась важность финансирования патронажного лечения из нескольких источников [4, 6, 13] (самоуправление, больничная касса, самофинансирование), поскольку средств больничной кассы на всех нуждающихся в лечении не хватает. Программа развития ставит целью

повышение доступности и качества услуг патронажного лечения, а также усовершенствование этих услуг, особенно сестринской помощи на дому.

Наряду с независимой сестринской помощью в стационаре, особая важность уделяется развитию услуг сестринской помощи на дому, поскольку это удобнее для человека, он может по-прежнему находиться дома, что выгоднее как для общества, так и для близких пациента.

Установление доли собственного участия пациента в оплате независимой сестринской помощи в стационаре позволяет лучше финансировать качественные услуги сестринской помощи и услугу амбулаторного сестринского ухода на дому [6].

Услуга сестринского ухода на дому предназначена для пациентов, нуждающихся в квалифицированной медицинской помощи, если их состояние здоровья не требует пребывания в больнице. Она может требоваться человеку с ограниченными возможностями движения, который не способен самостоятельно пойти к врачу. Таким образом, приходящая на дом сестра [15, 16, 18, 38, 39] является также важным связующим звеном между семейным или лечащим врачом и нуждающимся в помощи.

Заключение о потребности в сестринском уходе на дому выносится семейным врачом [31] или врачом-специалистом. Необходимо направление, в котором врач указывает, какие проблемы со здоровьем наблюдаются у пациента, и назначает нужное лечение, а медсестра отмечает потребность в сестринской помощи. Лицам, имеющим медицинскую страховку, услуга сестринского ухода на дому предоставляется бесплатно за счет больничной кассы.

Амбулаторные услуги патронажного лечения, включая сестринский уход на дому, по-прежнему предоставляются бесплатно, их стоимость оплачивает поставщику услуг здравоохранения больничная касса. В число действий, осуществляемых во время визита сестры, входят составление плана сестринского ухода, консультирование в области сестринского

ухода, уход за пациентом, проведение лечебных процедур и некоторых лабораторных анализов.

Уход на дому, как часть общего ухода за больным, осуществляют как медработники (стационар на дому), так и родственники пациента.

Руководит организацией ухода на дому обычно участковый терапевт или семейный врач, либо старшая медсестра [27, 29, 32].

Врач, как и в стационаре, назначает больному режим, диету, лекарственные средства. Манипуляции по уходу выполняет участковая медицинская сестра (стационар на дому, обучение). Родственники больного выполняют на дому манипуляции по уходу под руководством участкового врача [4] и участковой медсестры [8, 15, 20]. Медперсонал осуществляет следующие мероприятия:

1. Общение с больным и родственниками.
2. Обучение больного и родственников манипуляционной технике при уходе на дому.

Вместе (медперсонал и родственники) осуществляют следующие мероприятия по уходу на дому:

1. Создание для больного максимально возможных удобства и комфорта.
2. Создание благоприятного психологического климата в процессе ухода.
3. Прием или введение лекарственных средств по назначению лечащего врача, четкое и своевременное выполнение всех медицинских процедур и лекарственных назначений.
4. Проведение с больным реабилитационных мероприятий, включающих гимнастику, дыхательные упражнения, массаж и др.
5. Собственную безопасность медперсонала и родственников больного при осуществлении ухода.

Санитарное состояние комнаты больного играет важную роль в формировании оздоровительного микроклимата для пациента.

Желательно расположение комнаты больного на юго-восточной стороне, температура в комнате 18-20 градусов по Цельсию, влажную уборку проводить ежедневно и по мере загрязнения, проветривать комнату необходимо не менее 2-х раз в день и т.д.

Постельный комфорт. Родственникам необходимо дать информацию о том, что правильное приготовление постели для больного является существенным моментом ухода на дому (особенно если больной вынужден находиться в постели длительное время) [12, 32].

При уходе на дому следует стремиться к тому, чтобы положение больного в постели было удобным и расслабленным. Различают три вида положения пациента в постели: активное, пассивное и вынужденное. Смена постельного и нательного белья. Продольным и поперечным способами.

Если родственники заинтересуются и попросят обучить их смене постельного белья, медработник расскажет им об этом детально, покажет, как это делать и научит продольному и поперечному способам смены постельного белья. Меняя рубашку тяжелобольному, подводят руку под спину, поднимают рубашку до затылка, снимают с одной руки, потом с другой; если одна рука повреждена, сначала освобождают здоровую. Надевают рубашку, начиная с больной руки, затем через голову опускают ее к крестцу, тщательно расправляя складки. Если больному совсем нельзя двигаться, применяют рубашку-распашонку.

Уход за кожей и влажные обтирания (утренний и вечерний туалет при уходе на дому). Медицинский персонал напомним родственникам о том, что больному необходим ежедневный утренний и вечерний туалет, чтобы кожа больного была чистой.

Возникновению пролежней способствует плохой уход за больным [27]: неровный матрас, неопрятное содержание постели и нательного белья, остатки пищи в постели, длительное пребывание больного в одном положении, отсутствие движения.

Отдельные элементы ухода за больными на дому. Медработник [3, 31] должен напомнить родственникам о том, что очень важно поддерживать опрятный внешний вид больного. Это в немалой степени способствует его быстрейшему выздоровлению. Необходим уход за волосами, бритье больного, тщательный уход за полостью рта, ушами, глазами, необходим туалет половых органов и заднего прохода. Судно подкладное больному подают чистым, продезинфицированным. Перед употреблением в него наливают немного воды. Судно подводят под ягодицы, подкладывая свободную руку под крестец и приподнимая больного так, чтобы промежность оказалась над отверстием судна.

Мочеприемник подают хорошо вымытым, теплым. После каждого мочеиспускания мочу выливают, мочеприемник промывают дезинфицирующим раствором. Женщины при мочеиспускании пользуются судном.

Основные принципы питания при уходе за больным на дому [18, 20]. Основные принципы питания – правильное соотношение белков, углеводов, жиров, минеральных солей, витаминов, рациональный режим. Щадящая диета (исключение раздражителей, дробное питание). Для каждой болезни лечащий врач устанавливает индивидуальную диету, которую хорошо должны знать родственники, осуществляющие уход [27].

Лежачих, ослабленных и лихорадящих больных следует кормить только свежеприготовленной пищей. Наблюдение за состоянием больного – важный элемент ухода. Лечащему врачу необходимо сообщать обо всех изменениях, происходящих с больным [31, 34, 35]. Обращают внимание на психику: нет ли нарушения сознания, настораживающих отклонений в поведении, изменений в эмоциональной сфере.

Обращают внимание на изменение окраски кожи, повышение или понижение температуры тела, появление высыпаний, зуда, выражение лица, которые могут указывать на улучшение или ухудшение состояния [34]. Ценной информацией для врача могут служить данные о резких

изменениях цвета мочи и кала больного. Необходимо следить также за переносимостью лекарственных препаратов и при появлении кожных высыпаний, зуда, жжения языка, тошноты, позывов на рвоту надо воздержаться от очередного приема лекарства до консультации с врачом [4, 31].

Приходящая на дом сестра [15, 18, 38]:

- консультирует – учит пользоваться вспомогательными средствами, руководит деятельностью членов семьи и обучает их, а также дает рекомендации в области питания;
- выполняет сестринские процедуры – лечит пролежни и предупреждает их появление, а также проводит лечение положением; измеряет артериальное давление; устанавливает катетер мочевого пузыря; осуществляет уход за постоянным катетером и эпицистостомой; меняет эпицистостому; ухаживает за трахеостомой и другими стомами; лечит раны и язвы; устанавливает периферическую венозную канюлю и осуществляет уход за ней; устанавливает назогастральный зонд; учит кормлению через зонд; делает ингаляции и измеряет глюкометром уровень сахара в крови;
- проводит на основании заключения врача лечебные процедуры – удаляет швы; проводит кислородную терапию; вводит лекарства внутримышечно, внутривенно, подкожно, перорально или ректально; вводит питательные растворы; проводит обезболивание; проводит перитонеальный диализ и при необходимости некоторые лабораторные анализы;
- предлагает симптоматическое лечение для онкологических больных [17, 23, 33] и облегчает недомогания.

Наконец, учитывая большое количество пожилых людей [12, 22, 32, 36], которые получают помощь от сертифицированных агентств по уходу на дому, разумно ожидать, что у некоторых пациентов будет траектория спада.

Из-за старения и патологических процессов, которые чаще возникают с возрастом, некоторые пожилые люди будут испытывать снижение способности выполнять повседневную деятельность, даже если предоставляется высококачественная медицинская помощь на дому [12, 22, 26, 34].

Таким образом, неявная цель медицинского обслуживания на дому - способствовать поддерживаемому снижению. То есть пациенты, у которых нет клинических признаков улучшения, тем не менее могут получать качественную помощь, которая приводит к замедленному ухудшению состояния или повышению качества жизни.



## ГЛАВА 2

### ОБЪЕКТ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Объектом исследования были пациенты с неврологическими, онкологическими и сердечно-сосудистыми заболеваниями, которым проводится медсестринская помощь на дому. При этом изучали особенности организации медсестринской работы с пациентами на дому и сравнение необходимости госпитализации пациентов в зависимости от вида заболевания.

Для правильного установления причины госпитализации пациентов с уходом на дому, мы использовали общеклинические методы исследования, проводили сбор анамнеза болезни, учитывали данные жизни больных: история жизни, история заболевания, наблюдение, данные о психологическом состоянии пациента, объективное обследование, оценка общего состояния пациента, сбор информации об основных жалобах, сравнение, аналитические, статистические, лабораторные и инструментальные методы исследования.

Наше исследование состояло из наблюдений за пациентами и анализа полученных данных.

В нашем исследовании приняло участие 124 пациента с сестринским уходом на дому, часть из которых во время длительного наблюдения (5 месяцев) было госпитализировано по показаниям.

Мы определяли также количество пациентов, которые были госпитализированы в результате обострения состояния и распределяли их на 2 группы:

1 группа - пациенты, нуждающиеся в госпитализации (48 пациентов).

2 группа - пациенты, не нуждающиеся в госпитализации (76 пациентов).

Всех пациентов мы также распределили на группы, в зависимости от патологии:

- Пациенты с заболеваниями нервной системы (46 пациентов).
- Пациенты с онкологической патологией (34 пациента).
- Пациенты с сердечно-сосудистыми расстройствами (44 пациента).

В заключение научной работы было проведено анализ и сравнение данных, обобщение и формирование выводов.

## ГЛАВА 3

### ПРАВИЛА И ОСОБЕННОСТИ СЕСТРИНСКОГО УХОДА НА ДОМУ ЗА ПАЦИЕНТАМИ С РАЗЛИЧНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

#### 3.1 Сестринский уход за больными с расстройствами нервной системы

Основная цель людей с длительной инвалидностью из-за неврологического заболевания, будь то стабильное или прогрессирующее, - как можно дольше жить независимой жизнью в сообществе. Неврологическое лечение этих пациентов направлено на снижение их инвалидности и, как следствие, инвалидности в обществе. Основными потребностями, необходимыми для самостоятельной жизни, являются доступ к информации, советам и лечению у соответствующих клинических специалистов, консультации, жилье, предоставление вспомогательных средств и оборудования, личная помощь, транспорт и доступ к обществу.

Большинство людей хотят жить дома. Когда ресурсов не хватает, смещение баланса в сторону помощи в сообществе становится все более важным. Вопросы, касающиеся оказания помощи и ухода на дому, являются сложными и включают в себя индивидуальные пожелания и влияние общества, а также экономические, социальные и политические вопросы.

Факторы, влияющие на оказание помощи на дому пациентам с неврологической патологией, включают:

- Этиология расстройства
- Характер и тяжесть инвалидности
- Возраст пациента
- Наличие поддержки на дому
- Жилищные условия
- Финансовые ресурсы

Этиология расстройств у пациентов с неврологической патологией.

Широкий спектр неврологических расстройств приводит к тяжелой инвалидности. Оценка и предоставление соответствующей поддержки на дому будет зависеть от того, является ли заболевание стабильным (например, врожденная инвалидность, такая как некоторые формы церебрального паралича, инсульта, травматическая параплегия или тетраплегия или травма головы), прогрессирующим (например, мышечной дистрофией и т. д.). Заболевание двигательных нейронов или рассеянный склероз, или стабильное с поздним ухудшением, например, полиомиелит, некоторые случаи атетоидного церебрального паралича.

Неудовлетворенная потребность в поддержке на дому, как правило, выше у лиц с прогрессирующими нарушениями, тогда как финансовое бремя для лиц, осуществляющих уход, больше всего для лиц с врожденными нарушениями.

Характер и тяжесть инвалидности у пациентов с неврологической патологией.

Диапазон неврологической инвалидности, которую можно лечить дома, варьируется от легкой инвалидности через неподвижность до полной зависимости (с осознанием или без осознания). Практичность содержания пациентов в домашних условиях будет определяться тяжестью инвалидности, доступной инфраструктурой вспомогательных средств и лиц, осуществляющих уход, и стоимостью такого мероприятия. Широкий спектр конкретных тяжелых форм инвалидности можно удовлетворительно лечить в домашних условиях. К ним относятся неподвижность, серьезное нарушение функции конечностей, когнитивной функции, общения, глотания, дыхания и других повседневных действий.

Возраст у пациентов с неврологической патологией.

Социальная помощь была в первую очередь разработана для пожилых людей и людей с ограниченными возможностями обучения. Нехватка нынешних услуг подчеркнула неравенство в предоставлении услуг молодым инвалидам. Преимущества оказания помощи молодым людям на

дому должны выходить за рамки создания среды, в которой человек может быть социально независимым, чтобы обеспечить финансовую независимость, когда это возможно.

Наличие поддержки на дому для у пациентов с неврологической патологией.

Уход за инвалидом дома обычно возлагается на близких членов семьи и друзей. Во многих случаях, особенно при серьезных когнитивных нарушениях, поддержка семьи будет наиболее важным фактором в определении успеха домашнего ухода. Тем не менее, люди с тяжелыми формами инвалидности вполне могут жить самостоятельно при поддержке различных помощников по уходу.

В некоторых случаях эти опекуны могут жить в доме инвалида и получать оплату, а также бесплатное питание и проживание. Бремя ответственности часто ложится на пациента, чтобы проинструктировать опекунов о процедурах, которые необходимо выполнить. Пакеты услуг, устанавливаемые государственными органами, часто не обладают гибкостью и навязывают инвалидам жесткие и плохо переносимые режимы. Схемы ухода, организованные в рамках добровольного сектора, как правило, более адаптируемы.

Жилищные условия пациентов с неврологической патологией.

Успешное применение вспомогательных средств для облегчения самостоятельной жизни в доме зависит от адекватного и подходящего жилья. Это особенно относится к установке приспособлений, таких как душевые и ванны, лестничные подъемники и подъемники. Требуется обеспечение соответствующего диапазона жилья, начиная от простой адаптации существующего дома или квартиры пациента до адаптированного жилья, разнообразных схем проживания в защищенных жилищах и заканчивая формами ухода в специальных учреждениях длительного пребывания для пациентов с неврологической патологией.

Финансовые ресурсы пациентов с неврологической патологией.

Средние капитальные затраты на оборудование и приспособления для недавней серии пациентов с заметной или тяжелой степенью инвалидностью пациентов с неврологической патологией достаточно большие. Большая часть этой суммы может быть потрачена на структурные изменения, а оставшаяся часть - на вспомогательные средства и оборудование. Затраты для пациента зачастую не связаны с доходом от работы или государственными пособиями. Капитальные затраты на потерю трудоспособности, приобретенную в более позднем возрасте, могут быть частично компенсированы начислением пенсии, но для тех, кто был инвалидом в более раннем возрасте, затраты несут лица, осуществляющие уход, и семья. Инвалиды и их семьи должны быть осведомлены о невероятном количестве государственных финансовых пособий. Финансирование оборудования часто является проблемой и варьируется в зависимости от местности. Группа реабилитации обязана изучить возможные источники финансирования, прежде чем рекомендовать оборудование.

Многие пациенты нуждаются в физиотерапевтических процедурах, которые могут проводиться дома. Пациентам с сильными спастическими симптомами требуется совет относительно осторожного положения, чтобы уменьшить дискомфорт. Им также требуются программы пассивных упражнений для предотвращения контрактур и поддержания подвижности суставов.

Подвижность имеет фундаментальное значение для многих функциональных действий и уменьшения физических недостатков. Протезы или другие приспособления могут использоваться для компенсации слабой или отсутствующей мышечной функции или, при спастичности, для противодействия беспрепятственному действию спастических мышц.

Прогресс в дизайне и технологиях привел к значительному улучшению характеристик инвалидных колясок, но надлежащее их обеспечение во многих странах остается неоднородным.

Предоставление соответствующих инвалидных колясок и сидений должно осуществляться группой специалистов, члены которой обладают знаниями не только о пациентах и их потребностях, но и о диапазоне доступных вариантов кресел и аксессуаров. Пациентов необходимо обследовать и научить их пользоваться различными приспособлениями в домашних условиях. Они должны пройти обучение использованию инвалидной коляски, которую следует регулярно обслуживать технически.

Расстройства общения являются источником значительного разочарования пациентов и их родственников и влияют на качество жизни. Они представляют особую проблему для пациентов с прогрессирующими заболеваниями, такими как заболевания двигательных нейронов.

Пациенты должны получать своевременную и регулярную поддержку от логопеда в больнице, ресурсном центре или в обществе. Следует проводить оценку мероприятий и занятий на предмет вероятности получения пользы от определенных упражнений, а также от приспособлений и вспомогательных средств, включая коммуникаторы, светописатели или компьютеры. Регулярный осмотр пациентов с прогрессирующими расстройствами нервной системы важен, потому что функция различных функциональных частей может нервной системы может быстро ухудшиться при неблагоприятном течении болезни.

Примером домашнего лечения дисфагии является заболевание двигательных нейронов, хотя дисфагия также может возникать как признак «стабильных» расстройств, включая перенесенную ранее травму головы или инсульт.

Гиперсаливация иногда поддается простому фармакологическому лечению, но может потребовать применения небных подтяжек. Логопед может обучить упражнениям для уплотнения губ, челюстей и языка, а

также проконсультировать о влиянии консистенции пищи на глотание и на диету. Пациент может принимать пищу самостоятельно из-за опасений по поводу удушья или медленного приема пищи. Кормление может быть настолько медленным и уязвимым, что дальнейшее пероральное употребление невозможно. Выбор дальнейшего кормления лежит между назогастральным зондом и чрескожной эндоскопической гастростомией.

Поражение дыхательных путей часто встречается при нервно-мышечных расстройствах, большинство из которых прогрессируют или ухудшаются после начального периода стабильности. После исследования для характеристики и количественной оценки степени респираторной недостаточности простые меры могут быть достаточными для поддержания вентиляции, но может потребоваться искусственная вентиляция легких.

Многие пациенты, нуждающиеся в длительной механической вентиляции легких, хорошо содержатся в домашних условиях. Такая вентиляция в домашних условиях требует детальной первоначальной оценки и пристального внимания к доступности домашнего ухода, техническому обслуживанию оборудования и доступу в больницу.

Пригодность для поддержки на дому определяется такими факторами, как степень респираторной зависимости, связанная с ней инвалидность и поддержка со стороны семьи.

Пациентам и их семьям должно быть предоставлено подробное обучение методам и оборудованию, необходимым вспомогательным средствам (например, подъемникам, аспираторам и средствам коммуникации), резервному питанию вентилятора, регулярному медицинскому осмотру, ежегодной вакцинации против гриппа и мгновенному доступу специалистов амбулатории или клиники как для обслуживания оборудования, так и при первых признаках интеркуррентной инфекции.



Обслуживание оборудования обеспечивается большинством производителей, но если группа неврологов наблюдает за уходом за несколькими такими пациентами, может быть экономически выгодным нанять техников и иметь запас необходимого оборудования и мгновенный доступ к больничным специалистам для обслуживания оборудования.

Такая поддержка на дому должна предоставляться и организовываться региональными центрами с соответствующими договоренностями по финансированию стоимости оборудования, его обслуживания и надзора. Использование множества технических приспособлений на дому хорошо переносится пациентами и их семьями и может стать приемлемой и рентабельной альтернативой длительному пребыванию в больнице.

Ведение других конкретных видов нарушений нервной системы, которые сопровождаются появлением инвалидности, требует индивидуальной оценки и лечения. Например, ведение недержания мочи является одним из наиболее важных приоритетов при заболеваниях спинного мозга и требует регулярного мониторинга и анализа. Оценка среды обитания человека, его мобильности и ловкости рук являются важными критериями для определения наилучшего управления. Некоторые пациенты, чьи движения ограничены, страдают недержанием мочи из-за неспособности вовремя добраться до туалета, и в таких случаях требуется помощь с мобильностью или технические приспособления при организации ухода на дому. Периодическая катетеризация при помощи младшего медицинского персонала очень помогает пациентам, которым в прошлом, возможно, приходилось использовать постоянный катетер с сопутствующим риском инфицирования.

Неподвижные пациенты склонны к образованию пролежней. Факторы, способствующие повышенной уязвимости, включают обширный паралич, предотвращающий смещение тела, нарушение чувствительности, контрактуры и другие деформации, нарушение понимания и концентрации, недержание мочи, чрезмерное потоотделение, мышечное истощение и

общие медицинские факторы, включая гипертермию и инфекцию. Медсестринское сопровождение в таких случаях должно быть направлено на предотвращение появления пролежней и язв. Кожу над точками давления следует проверять ежедневно. Пациенту следует менять положение один или два раза в час, если он сидит, и каждые два-три часа, если он прикован к постели. Для пациентов с высоким риском, прикованных к постели, подходящие кровати будут включать вспененные накладки, плавучие матрасы или волнистые матрасы. Для тех, кто подвергается очень высокому риску, могут потребоваться воздушные или водяные кровати с малыми потерями.

Психологические и эмоциональные последствия тяжелой инвалидности, в частности чувство изоляции, разочарования, страха, беспокойства и низкой самооценки, потребуют консультации специалиста. Депрессию никогда не следует воспринимать просто как неизбежное следствие инвалидности, ее следует лечить, по существу, если необходимо, путем направления к психиатру, занятиями с психологом.

Лица, осуществляющие уход за людьми с тяжелыми когнитивными нарушениями и вызывающим поведением, нуждаются в совете и поддержке со стороны местных психиатрических служб. Примеры таких пациентов включают тех, кто пережил тяжелые травмы головы, или пациентов с запущенными церебральными заболеваниями, такими как болезнь Альцгеймера, им очень необходима поддержка со стороны медсестер, которые помогают при уходе на дому.

В нашем исследовании мы определили количество пациентов с некоторыми патологиями нервной системы, такими как инсульт, болезнь Альцгеймера, рассеянный склероз и др., которым проводили организацию медсестринского наблюдения и ухода на дому. В нем приняло участие 46 пациентов с различными заболеваниями неврологического профиля. Также мы определяли необходимость в госпитализации для более тщательного лечения основного заболевания и предупреждения тяжелых осложнений.

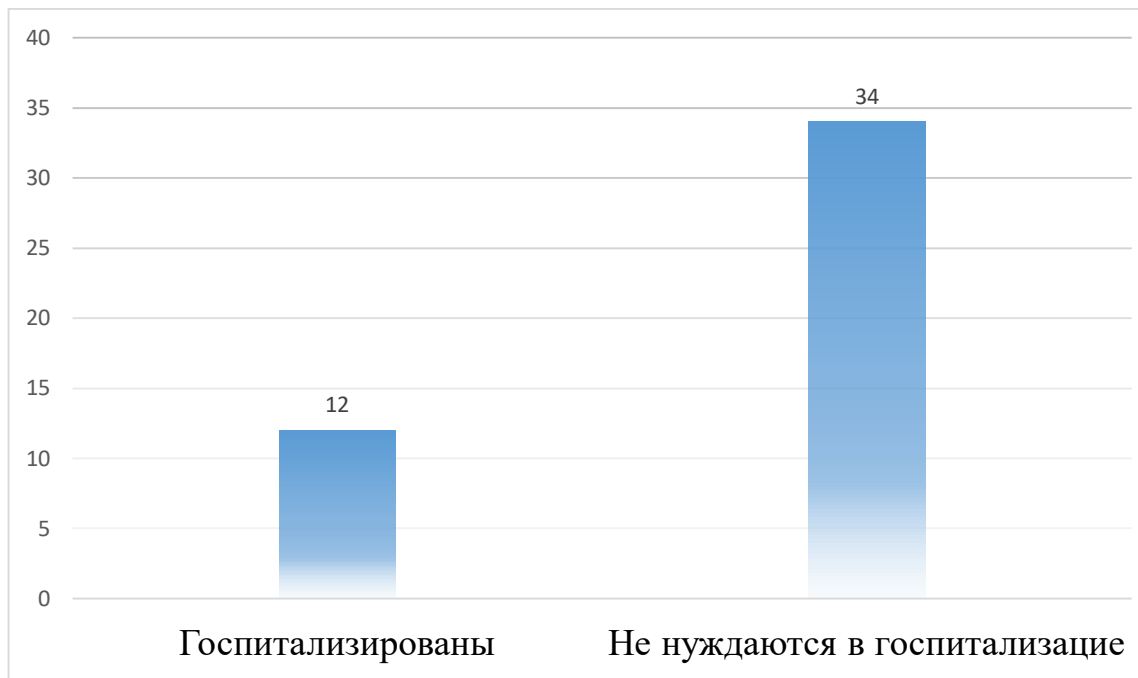


Диаграмма 3.1 Сравнение необходимости госпитализации больных с расстройствами нервной системы при уходе на дому

В данном сравнении данных мы наблюдаем, что 26 % больным с неврологическими расстройствами необходима госпитализация. Это было связано с появлением у них неотложных состояний и угрозы осложнений. В некоторых случаях госпитализация была необходима для проведения дополнительных исследований или коррекции лечения и тщательного подбора медикаментов.

### 3.2 Сестринский уход на дому за больными с онкологическими заболеваниями

Ухаживать за больными порой бывает очень нелегко, но труд этот может приносить и большое психологическое удовлетворение. У многих ухаживающих за больными остаются очень положительные впечатления, в том числе:

- появляется более четкий смысл и цель в жизни;

- наблюдается личностный рост и возрастает уверенность в себе;
- развивается способность к сочувствию и принятию других людей;
- возникает ощущение полезного вклада в жизнь другого человека;
- возникает чувство гордости за то, что близкий человек получает хороший уход;
- укрепляются взаимоотношения, повышается близость с членами семьи;
- повышается оценка человеческой жизни;
- меняются приоритеты и ценности;
- укрепляется душевное здоровье.

Занимаясь уходом за больным не следует забывать о том, что ухаживающий медицинский персонал или родственники пациента делают нечто особенное.

Очень важно, чтобы и медсестра, и пациент понимали запланированное лечение и возможные побочные эффекты. Очень важно беседовать с обслуживающими пациента медицинскими сотрудниками и обращаться к ним с любыми вопросами.

Не все люди могут комфортно общаться с медицинскими сотрудниками и задавать им вопросы. Пациенты и ухаживающие за ними лица иногда боятся задавать вопросы. Они беспокоятся, что могут не понять то, что ответит им медицинский сотрудник. Ниже приведены советы о том, как подготовиться к разговору с обслуживающим пациента медицинским сотрудником.

Ухаживая за пациентом медицинскому сотруднику, может понадобиться осуществлять физический уход или следить за другими ухаживающими людьми, например, во время посещений сиделкой. Также пациенту может потребоваться помощь:

- в устранении симптомов, таких как боль или тошнота (ощущение, что может вырвать);
- в смене перевязочных материалов или в использовании медицинского оборудования;
- выполнение повседневных задач, таких как купание, одевание или посещение туалета.

Выполнение этих новых задач иногда становится трудным. Это может быть непривычным как для медсестры, так и для пациента. Такие чувства нормальны. Со временем большинство ухаживающих за больными понимают, что могут овладеть этими навыками.

Больным раком может потребоваться принимать множество разных лекарств одновременно. Некоторые из них нужны для лечения рака, другие же помогают устранять побочные эффекты или другие проблемы со здоровьем. Может потребоваться помощь пациенту принимать лекарства или следить же за своевременным их приемом.

Больные раком люди часто испытывают тревогу и депрессию. Вам нужно научиться распознавать это состояние и знать, как поступать.

Тревожность – это сильное чувство беспокойства или страха. Тревожность может варьироваться от легкого беспокойства до подавляющей паники. У тревожности множество симптомов, таких как нервозность, вспышки гнева и нарушения сна.

Депрессия – это сильная грусть. Человек с депрессией может казаться злым, грустным, уставшим или потерять интерес к вещам, которые обычно нравились.

Некоторым пациентам после выписки из больницы после лечения онкологического заболевания может понадобиться реабилитационная терапия, помогающая восстановить силы. Реабилитационная терапия может помочь пациентам восстановить силы и привыкнуть к физическим ограничениям, которые могут повлиять на их повседневную жизнь. Терапию может проводить физиотерапевт или реабилитационный

терапевт, это профессионалы, которые знают, как помочь людям лучше передвигаться и функционировать. Если пациент после выписки из больницы может отправиться домой, то для проведения реабилитационной терапии вам могут рекомендовать сертифицированное агентство по уходу за онкологическим больным на дому. В течение определенного времени пациенту на дому будут предоставляться услуги патронажной медсестры, физиотерапии и реабилитационной терапии.

Квалифицированная сиделка не только предоставит качественный медицинский уход (измерит давление и пульс, возьмет биоматериалы для лабораторных исследований, сделает укол), но и предоставит психологическую поддержку, что очень важно для онкологических пациентов и пожилых людей.

Многие люди в связи с тяжелым материальным положением либо по морально-этическим взглядам предпочитают ухаживать за онкологическим больным самостоятельно.

В этом случае необходимо соблюдать несколько правил:

- Предоставить онкологическим пациентам или пожилым людям комфортную кровать с удобным матрасом (желательно противопролежневым) и хорошо выглаженное белье;
- Своевременно проводить гигиенические процедуры, которые включают мытье под душем или обтирание мокрым полотенцем, чистку зубов, обрезание ногтей, бритье, стрижку;
- Постоянно контролировать вес, так как его потеря может являться свидетельством прогрессирования рака;
- Регулярно измерять температуру тела, что позволит выявить возможный распад злокачественной опухоли;
- Регулярно (не меньше 6 раз в сутки) проветривать комнату и проводить влажную уборку;
- Обеспечить ежедневные прогулки;
- Оказывать помощь старику при походах в туалет;

- Лежачим больным предоставить особый уход, чтобы предотвратить образование пролежней;
- При недержании кала или мочи использовать одноразовые пеленки или памперсы.

Рекомендуется вести дневник и отмечать в нем время приема медикаментов и полученный эффект, а также сообщать лечащему врачу обо всех изменениях в физическом состоянии.

Важное значение имеет правильное питание. Оно должно быть сбалансированным и содержать все необходимые организму витамины, минералы и белки. Питаться нужно небольшими порциями, но часто (4-6 раз в сутки). Как правило, онкологическим больным строгих диет не назначают. Но врачи рекомендуют ограничить употребление консервации, копченостей, жирной, жареной, острой и грубой пищи, а также отказаться от слишком холодных и горячих блюд.

Не стоит ограждать пенсионера от несложных работ по дому, что позволит ему почувствовать себя полезным и избежать депрессивного расстройства. Также следует предоставить больному родственнику максимум заботы и внимания, помочь ему преодолеть тревогу и страхи.

Уход за онкологическими больными имеет свои особенности в зависимости от вида рака:

- При метастазах в позвоночнике (они часто наблюдаются при раке легких и грудных желез) под матрас нужно поместить деревянный щит, чтобы предотвратить переломы костей;
- При неоперабельном раке легких необходимо научиться делать кровоостанавливающие инъекции;
- При раке желудка придется готовить щадящую пищу (куриные бульоны, нежирную рыбу, паровые котлеты).

При всем своем желании не каждый человек имеет возможность предоставить онкологическому больному необходимый уход, так как он требует не только много времени (ведь у каждого человека есть работа,

личная жизнь), терпения и сил, но также определенных знаний и умений. К тому же пожилые люди, а особенно онкологические больные, становятся капризными и требовательными, часто ведут себя непредсказуемо, что усложняет ситуацию. Поэтому со временем начинает накапливаться усталость и раздражительность, из-за чего атмосфера в доме накаляется и начинает тяготить всех членов семьи. В таком случае качественную помощь больным и их родственникам предложат сиделки и персонал специальных заведений. Они возьмут на себя все бытовые заботы, что позволит близким людям больше внимания уделить пожилому родственнику и поддержать его эмоционально.

Лечение раковых заболеваний занимает много времени и состоит из нескольких этапов. На время прохождения терапии лучше всего поместить пациента в стационар, где врачи и медсестры обеспечат необходимый уход. Они проконтролируют физическое состояние, проследят за приемом назначенных лекарств и соблюдением диеты. К тому же в специальных центрах по уходу за онкологическими больными имеется специальное оборудование для ухода за больными.

В нашем исследовании мы обследовали и проанализировали особенности ухода на дому за пациентами с онкологическими заболеваниями. В нем приняло участие 34 пациента. Также мы определяли необходимость в госпитализации онкологических больных, которым было организовано наблюдение и уход на дому.



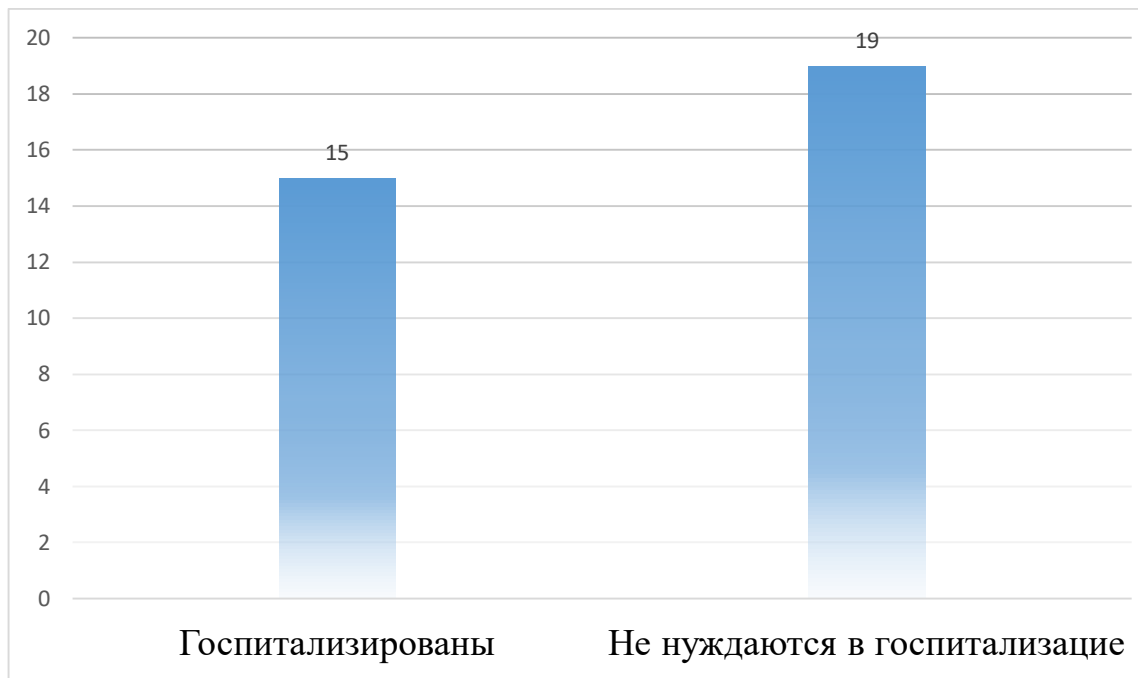


Диаграмма 3.2 Сравнение необходимости госпитализации онкологических больных при уходе за пациентами на дому

В данном сравнении мы наблюдаем что 44 % онкологических больных необходима была госпитализация, особенно при возникновении неотложных состояний или для проведения госпитальных этапов лечения онкологического заболевания.

### 3.3 Сестринский уход за больными с сердечно-сосудистыми заболеваниями

Число пациентов, страдающих сердечной недостаточностью, увеличивается во всем мире из-за снижения смертности от острого инфаркта миокарда, улучшения лечения сердечно-сосудистых заболеваний и сердечной недостаточности и увеличения средней продолжительности жизни среди населения в целом. Среди взрослого населения развитых стран примерно 1-2 % страдают сердечной недостаточностью, а среди людей в возрасте 70 лет и старше эта цифра возрастает до 10 %.

Сердечная недостаточность - одна из основных причин госпитализации людей старше 65 лет, на которую во многих европейских странах приходится почти 2 % от общего бюджета здравоохранения. Продолжительность пребывания в больницах из-за обострения сердечной недостаточности уменьшилась, но многие пациенты с сердечной недостаточностью повторно госпитализируются вскоре после предыдущего эпизода лечения сердечной недостаточности.

Многие пациенты не получают оптимальное лечение и уход в рамках программы управления недостаточностью сердца, как настоятельно рекомендуются в европейском и американских рекомендациях по поводу лечения и ухода за пациентами с сердечной недостаточностью. Хотя общепризнано, что мультидисциплинарное лечение и последующее наблюдение за пациентами с сердечной недостаточностью являются эффективными для улучшения приверженности пациентов, сокращения повторных госпитализаций и повышения выживаемости продолжается обсуждение оптимальной модели лечения сердечной недостаточности.

Большинство программ лечения сердечной недостаточности нацелены на оптимизацию как фармакологического, так и немедикаментозного лечения и включают оценку и вмешательство в риски и сопутствующие заболевания, оптимизированное медицинское лечение, аппаратную терапию (кардиостимулятор, сердечную ресинхронизирующую терапию и имплантируемый кардиовертер-дефибриллятор), обучение и уход, управление, последующее наблюдение, доступ к медицинской и психосоциальной помощи. В настоящее время не известна наиболее оптимальная модель лечения сердечной недостаточности, но медсестрами используются все доступные методы для улучшения состояния пациентов при уходе за ними на дому.

Недавние крупномасштабные исследования показывают, что не все модели одинаково успешны для улучшения результатов, и эти результаты показывают, что необходим сложный подход к лечению сердечной

недостаточности. Было установлено, что программы в домашних условиях столь же эффективны в снижении смертности и повторной госпитализации, как и в условиях клиники, или амбулаторного лечения. Уход на дому зачатую связан с сокращением продолжительности пребывания в больнице, включая снижение количества дней госпитализации по всем причинам и уменьшение количества дней госпитализации по поводу сердечно-сосудистых заболеваний по сравнению с лечением на базе клиники.

Поскольку средний возраст пациентов с сердечной недостаточностью высок (более 75 лет), и пациенты часто страдают от усталости, инвалидности и плохой социальной поддержки, во многих европейских странах было высказано предположение, что интегрированный уход на дому является альтернативной формой ухода. Лечение сердечной недостаточности, например программы по уходу на дому, необходимо адаптировать к системе здравоохранения и к национальным приоритетам в отношении финансовых ресурсов, имеющегося персонала, административной политики, инфраструктуры и с учетом потребностей пациентов.

Однако только в нескольких европейских странах специализированная помощь на дому предоставляется большему количеству пациентов с сердечной недостаточностью. В некоторых странах в основном пациенты на завершающем этапе жизни получают помощь на дому, в то время как в других странах многие пациенты с сердечной недостаточностью получают помощь на дому в повседневной жизни, не нацеленной конкретно на сердечную недостаточность.

Чтобы не допустить развития острых состояний у пациента, медсестра ежедневно проводит целый комплекс профилактических мероприятий. Это кропотливая работа, требующая дисциплинированности и терпения как от ухаживающего, так и от подопечного, однако результат того стоит. Укрепление сердечной мышцы приводит к общему улучшению

физического и психологического состояния. Правильный уход за больными снижает опасность патологий сердечно-сосудистой системы. Он предполагает:

- ежедневный контроль за артериальным давлением и пульсом,
- соблюдение режима питания и приема лекарств,
- регулярное очищение организма,
- лечебный массаж для улучшения кровообращения,
- умеренная физическая активность,
- профилактика тромбозов и тромбоэмболии у лежачих больных,
- создание спокойной обстановки и психологическая поддержка.

Медсестра, осуществляющая уход, должна уметь распознавать признаки опасных состояний и владеть навыками неотложной медицинской помощи. От ее квалификации может зависеть жизнь подопечного.

Уход за больными с сердечно-сосудистыми заболеваниями предполагает обязательные физические нагрузки. Комплекс упражнений медсестра подбирает индивидуально в зависимости от состояния здоровья пациента. Медсестра рекомендует специальные позы для снятия спазмов, увеличения объема грудной клетки и расслабления мышц. Упражнения нужно выполнять в медленном темпе, контролируя дыхание и плавно меняя позы. Резкий переход может вызвать одышку или сбой сердечного ритма.

Простые легкие упражнения рекомендуется начинать делать сразу после сна, не вставая с постели. Это нужно, чтобы подготовить сердечно-сосудистую систему к подъему. В день необходимо тренироваться 3–4 раза. Длительность занятий составляет 10–25 минут.

Помимо разминки для суставов в комплекс упражнений включаются:

- упражнения на равновесие,
- тренировки с палкой и мячом,
- дыхательные практики.

Кроме того, необходимы ежедневные пешие прогулки от 30 мин до 2 часов. Умеренные аэробные нагрузки укрепляют сердечную мышцу и сосуды, нормализуют артериальное давление и обмен веществ.

Одним из грозных осложнений длительного постельного режима являются тромбозы и тромбоэмболии. Неподвижное состояние конечностей, сжатых собственной тяжестью или давящими предметами, даже подушкой, подложенной под колени, приводят к застою венозной крови. Полезно в целях профилактики применять физические упражнения на сгибание, разгибание в суставах, неглубокий массаж ног, периодическое их поднятие с помощью подушки, частое изменение положения тела.

Для поддержания стабильного состояния больной должен жить по режиму, предписанному врачом, и контролировать свое эмоциональное состояние, однако это не всегда возможно без поддержки со стороны. Люди с сердечно-сосудистыми патологиями часто страдают повышенной тревожностью и страхом смерти, боятся надолго оставаться одни или оказаться без жизненно необходимых лекарств под рукой. Таким пациентам требуется помощь профессиональной сиделки на дому или в пансионате. Покой, правильный режим, забота и внимание к их потребностям успокаивающе действует на подопечных и улучшает их самочувствие.

Уход не противопоставляется лечению, а органически входит в него как составная часть. Правильный уход предполагает создание благоприятной бытовой и психологической обстановки на всех этапах лечения. Он строится на принципах охранительного режима, оберегающего и щадящего психику больного. Устранение всякого рода чрезмерных раздражителей, обеспечение тишины, покоя, создание обстановки уюта способствуют поддержанию у больного оптимистического настроения, уверенности в благоприятном исходе болезни. Успешное выполнение многочисленных мероприятий по уходу требует не только

соответствующих навыков, но и сострадательного отношения к больному, душевной щедрости.

Важным элементом ухода является кормление тяжелобольных в соответствии с предписанным режимом питания и диетой. Лежачим больным во время приема пищи следует придавать положение, позволяющее избежать утомления. Как правило, им придают возвышенное или полусидящее положение. Не следует для кормления прерывать дневной сон, если больной страдает бессонницей. Пить тяжелобольным дают из поильника.

При уходе за кардиологическими больными следует постоянно контролировать их состояние, так как симптомы сердечной недостаточности - одышка, цианоз, кашель, кровохарканье, отеки - могут усиливаться или ослабевать, поэтому изменение степени их интенсивности всегда должно быть в центре внимания ухаживающего. Особую тревогу должен вызвать внезапный приступ удушья, сопровождающийся изменением цвета лица и иногда выделением пенистой мокроты розового цвета. Это может свидетельствовать о приступе сердечной астмы, отеке легких, требующих безотлагательной врачебной помощи.

Необходимо владеть методиками неотложной доврачебной помощи, уметь выполнять непрямой массаж сердца, искусственное дыхание. Медсестры должны обладать навыками внутривенного введения препаратов кардио- и вазотонического действия. Также, при необходимости, медицинская сестра должна вызвать скорую помощь и поехать в месте с больным в больницу для более точной передачи информации врачам о состоянии здоровья пациента.

В нашем исследовании мы обследовали пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями, которым осуществлялся уход и лечение на дому. В нем приняло участие 44 пациента с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Также мы определяли необходимость госпитализации для

пациентов данной группы с различными заболеваниями сердечно-сосудистой системы.

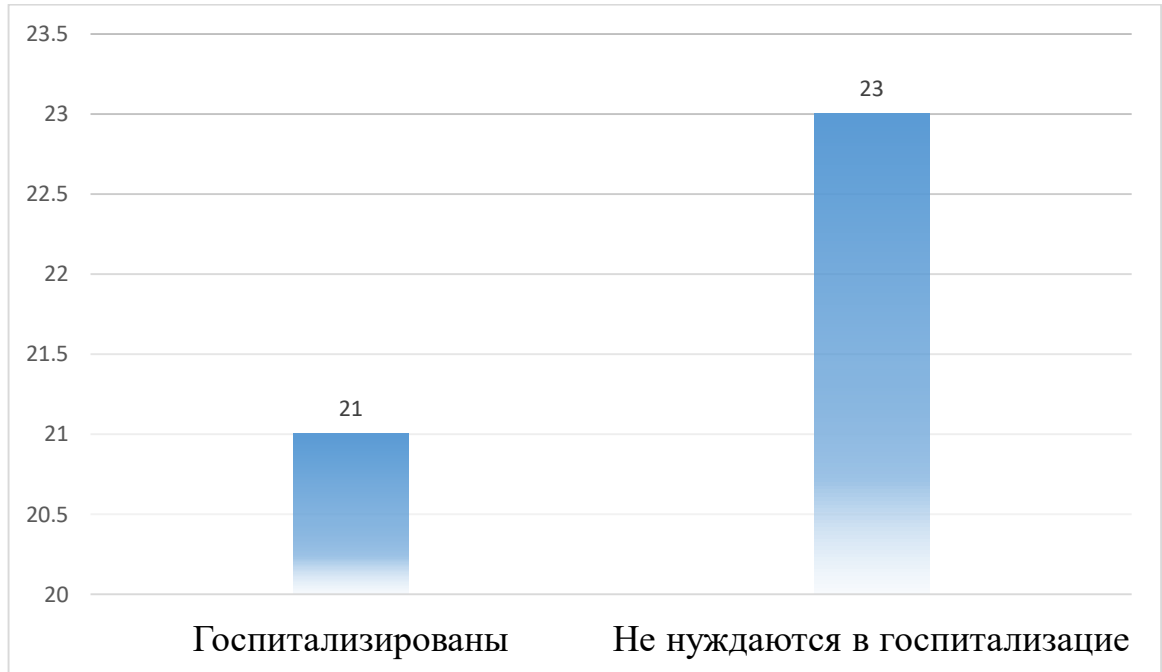


Диаграмма 3.3 Сравнение необходимости госпитализации больных с сердечно-сосудистой патологией при уходе и лечении на дому

В данном сравнении мы наблюдаем что 21 пациенту с сердечно-сосудистыми заболеваниями (что составляло 47 % от всех пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями) была необходима госпитализация, особенно при неотложных состояниях или для прохождения госпитальных этапов лечения сердечно-сосудистых заболеваний или сердечной недостаточности.

## ГЛАВА 4

### АНАЛИЗ НЕОБХОДИМОСТИ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ПАЦИЕНТОВ ПРИ МЕДСЕСТРИНСКОМ УХОДЕ И ЛЕЧЕНИИ НА ДОМУ

Иногда при сестринской помощи на дому возникают ситуации, когда пациента нужно госпитализировать. Что же это такое госпитализация, и в каких случаях она применима. Госпитализацией называется помещение пациента в стационар медицинской организации частной или государственной формы собственности. В зависимости от способа поступления пациента в больницу и в зависимости от его состояния различают два основных вида госпитализации пациентов:

- экстренная госпитализация – человек находится в остром состоянии, которое несет в себе серьезную угрозу его здоровью или жизни;
- плановая госпитализация – срок помещения в больницу заранее оговаривается с врачом.

Пути госпитализации пациента в больничное учреждение:

- машиной скорой медицинской помощи: при несчастных случаях, травмах, острых заболеваниях и обострении хронических заболеваний;
- по направлению амбулаторно-поликлинического учреждения при плановой госпитализации. Также направление может оформить медико-реабилитационная экспертная комиссия;
- госпитализация «самотёком» – при самостоятельном обращении пациента в приемное отделение стационара в случае ухудшения его самочувствия.

Часто такие пациенты нуждаются в неотложной помощи, поэтому медсестре необходимы практические навыки по оказанию неотложной помощи.



Неотложная помощь – это помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу для жизни пациента, и требующих срочного незамедлительного медицинского вмешательства. Неотложная медицинская помощь может осуществляться в клинике или в амбулатории. Неотложная медицинская помощь чаще всего осуществляется медицинским персоналом скорой медицинской помощи.

Общими показаниями для госпитализации являются:

1. наличие абсолютных показаний для экстренной и неотложной госпитализации;
2. неясные и сложные случаи при отсутствии возможности обеспечить квалифицированную консультацию, в том числе состояние с отсутствием эффекта от проводимых лечебно-диагностических мероприятий, лихорадка в течение пяти дней, длительный субфебрилитет неясной этиологии, иные состояния, требующие дополнительного обследования, если установить причину в амбулаторных условиях невозможно;
3. наличие абсолютных показаний для плановой госпитализации (в том числе медико-социальный уход);
4. наличие относительных показаний для плановой госпитализации в сочетании с невозможностью обеспечить необходимое обследование и лечение по социальным условиям в амбулаторных условиях, трудоемкостью лечебно-диагностического процесса в догоспитальных условиях, необходимостью подключения специализированных видов медицинской помощи и услуг (в том числе оперативного лечения или реабилитации);

Для определения необходимости в госпитализации больных, с наличием сестринского ухода на дому мы исследовали 124 пациента, которым проводили медсестринское наблюдение и уход на дому за 5 месяцев.

Из всех пациентов, мы анализировали соотношение количества пациентов, которые были госпитализированы в результате обострения состояния, и тех, которые не нуждались в госпитализации из-за стабильного состояния. Всех пациентов, которым сначала проводили организацию ухода на дому, распределяли на 2 группы:

1 группа - пациенты, нуждающиеся в госпитализации (48 пациентов);

2 группа - пациенты, не нуждающиеся в госпитализации (76 пациентов).

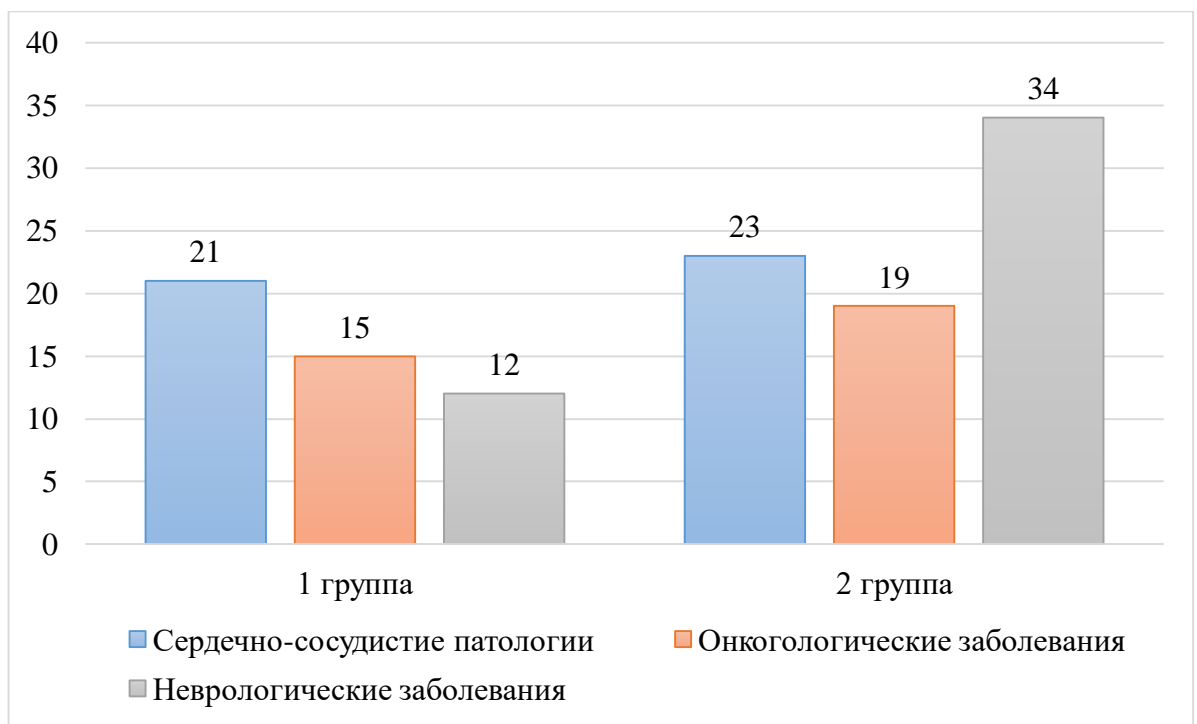


Диаграмма 4.1. Соотношение количества пациентов с сердечно-сосудистыми, онкологическими и неврологическими заболеваниями, которые нуждались в госпитализации и количества пациентов которым не понадобилась госпитализация

Всех пациентов мы также распределили на группы, в зависимости от патологии:

- Пациенты с заболеваниями нервной системы (46 пациентов).

- Пациенты с онкологической патологией (34 пациента).
- Пациенты с сердечно-сосудистыми расстройствами (44 пациента).

Исходя из результатов исследования, в которых мы видим, что наиболее необходима госпитализация была для пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, на втором месте по частоте госпитализации были онкологические заболевания и наименее нуждались в госпитализации пациенты с неврологическими заболеваниями.

Поэтому очень важно, чтобы при уходе и лечении на дому или в амбулаторных условиях медицинский персонал умел вовремя среагировать на изменение состояния больного и госпитализировать пациента в профильное отделение. Часто своевременная госпитализация значительно влияет на течение болезни у пациентов.

## ГЛАВА 5

### МЕДСЕСТРИНСКАЯ ПАЛЛИАТИВНАЯ ПОМОЩЬ НА ДОМУ И В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Развитие паллиативной помощи, в том числе на дому, тесно связано с проблемой оказания медико-социальной помощи онкологическим больным, пациентам с тяжелыми заболеваниями внутренних органов в терминальной стадии развития.

Вместе с тем, в организации медсестринской помощи на дому, которая бы обеспечила оказание постоянной помощи и уход за пациентом в домашних условиях нуждаются те пациенты, которые страдают тяжелыми заболеваниями (преимущественно в терминальной стадии) опорно-двигательного аппарата, нервной, сердечно-сосудистой, дыхательной, пищеварительной, мочевыделительной, кроветворной систем. В первую очередь это касается пожилых людей.

Паллиативная помощь на дому. В последние годы на базе лечебно-профилактических учреждений создаются специализированные службы, которые организованы для этой категории пациентов, и они носят название «Хоспис на дому».

Всестороннюю медико-социальную помощь на дому больным в терминальной стадии различных заболеваний оказывают врач, медицинская сестра и младшая медицинская сестра в тесном сотрудничестве со специалистом по социальной работе, а иногда и психологом. Координирует оказание медицинской помощи медицинская сестра, под руководством которой работает младшая медицинская сестра, осуществляющая медицинский уход за пациентом.

Характер взаимодействия участников команды службы «Хоспис на дому» основан на принципах преемственности деятельности врача, медицинской сестры, младшей медицинской сестры, специалиста по социальной работе, оказывающих постоянную психологическую и

физическую поддержку, комплексную медико-социальную помощь инкурабельным больным.

Важными составными частями работы этой команды паллиативной помощи являются профилактическая работа, направленная на предупреждение обострений хронических заболеваний, и обучение родственников больного практическим навыкам ухода за ним. В процессе оказания паллиативной помощи возможна взаимозаменяемость младшей медицинской сестры и специалиста по социальной работе при предоставлении определенных медицинских и социально-бытовых услуг. Существенную помощь пациенту и членам его семьи в этом плане могут оказать близкие пациенту люди (друзья, сотрудники по работе, служители церкви и др.).

До выбора места оказания паллиативной помощи (на дому или в больнице) врач, медицинская сестра совместно с больным и его родственниками решают ряд важных задач. Они устанавливают, действительно ли у пациента терминальная стадия заболевания и ему показаны паллиативная помощь и уход; что именно хочет больной; каковы представления о болезни и возможности родственников. Формулируется общая цель при принципиальном взаимопонимании всех участников процесса. В том числе оговариваются такие моменты, как место оказания и характер (особенности) паллиативной помощи, создание оптимальных условий для достойной смерти.

Для оказания паллиативной помощи на дому необходимо соблюдение следующих условий:

- пациент желает умереть в обычной домашней обстановке, и его состояние позволяет осуществлять необходимый уход на дому;
- существуют необходимые условия (финансовые, временные) и лица, способные оказывать паллиативную помощь;

- врач и медицинская сестра берут на себя медицинскую, юридическую и человеческую ответственность за весь спектр мероприятий, направленных на оказание паллиативной помощи;
- есть возможность вызвать профессиональную помощь (врача-специалиста) для лечения и ухода в домашних условиях;
- в экстренных ситуациях реальна госпитализация в больницу для краткосрочного лечения и ухода.

Если пациент остается дома, лечащий врач и медицинская сестра должны быть уверены в том, что члены семьи, которые будут оказывать помощь, владеют необходимыми навыками ухода. При отсутствии соответствующих умений надо провести обучение. В противном случае уверенности в достаточно высоком качестве ухода нет. В рекомендациях комитета министров государств – участников Совета Европы сказано: «Следует содействовать оказанию помощи на дому, предоставляемой не только профессионалами, но и непрофессионалами – членами семьи и соседями, особенно все большему числу пожилых, хронически больных и беспомощных людей».

Общие и профессиональные проблемы, обусловленные оказанием паллиативной помощи на дому, связаны с диагностическими возможностями и их границами (диагностика заболеваний и их осложнений более эффективна в больничных условиях), выбором терапевтических средств (способов паллиативного лечения), профессиональной и человеческой ответственностью медицинского персонала не только перед больным, но и перед его окружением. Определенные сложности вызывает руководство бригадой паллиативной помощи, эффективность деятельности которой зависит от четкости понимания и выполнения поставленных задач всеми ее членами.

Личные проблемы медицинских работников нередко бывают обусловлены появлением ощущения собственной смерти, восприятием и

переживанием собственной беспомощности, нехваткой времени для осуществления оптимальной паллиативной помощи на дому.

При организации ухода за пациентом на дому, медсестра должна принять во внимание тот факт, что многие пациенты желают оставаться дома в терминальной фазе заболевания. Они рассматривают преимущества такого решения во многих обстоятельствах. В частности, преимущества смерти дома:

- смерть дома более естественна;
- умирающий может лучше распорядиться своей жизнью;
- сохраняются достоинство и уважение;
- умирающий человек чувствует себя безопаснее;
- ухаживающие люди (чаще всего это родственники) избавлены от утомительной дороги;
- ухаживающий за больным человек ощущает свою необходимость;
- постоянная близость помогает больному и ухаживающему, оба могут жить нормально и полноценно, имеют больше свободы, умирающий имеет больше возможностей сказать о том, что его действительно беспокоит, чего он желает;
- домашняя еда, как правило, больше соответствует потребностям больного;
- дома есть время и место для того, чтобы выразить свою боль, гнев и страдания, свои обиды, здесь легче соглашаются, примиряются с собственной смертью или со смертью близких. В доверительной и спокойной обстановке есть время для внутренней подготовки к смерти.

Все же следует принимать во внимание и множество недостатков того, что пациент в терминальной фазе заболевания находится в домашних условиях, а именно недостатки смерти в домашних условиях состоят в том, что:

- у членов семьи иногда не хватает времени, чтобы заботиться об умирающем;
- больной хочет или должен получать парентеральное питание, а патронажной (процедурной) сестры нет;
- в доме нет людей, способных заботиться об умирающем;
- существует опасность того, что ухаживающие будут сильно физически и психологически утомляться (велика возможность нервного истощения) при отсутствии нормального отдыха – отсутствии подмены.

При наличии в семье маленьких детей, за которыми необходимо ухаживать, создаются предпосылки для слишком больших физических и психоэмоциональных нагрузок членов семьи, осуществляющих уход.

Больной и его родственники должны быть подготовлены к замене медицинского персонала, а новые участники бригады паллиативной помощи, в том числе медицинская сестра, должны все знать о больном и его семье, быть адаптированы к новым условиям своей деятельности по оказанию паллиативной помощи на дому.

Согласно рекомендациям ВОЗ, в идеале каждая палата, или помещение, где находится больной, которому необходима паллиативная помощь, должна отвечать следующим требованиям (ВОЗ, 1987):

- Помещение, где находится больной, которому необходима паллиативная помощь, должно быть достаточно укомплектовано персоналом, чтобы было кому успокоить умирающего, выслушать его, поговорить с ним или с его родственниками и друзьями.
- Персонал должен быть достаточно опытен для работы по устранению тягостных симптомов и должен знать, в какой момент надо прекратить проведение неприятных и тяжелых для больного процедур.
- Поскольку в случаях запущенного рака и других заболеваний в терминальной стадии изменения вкуса и анорексия встречаются



часто, необходимо обратить внимание на пристрастия больного в еде. Централизованное приготовление пищи не дает возможности обеспечить такой индивидуальный подход. В идеале, следует готовить больному такую пищу и тогда, какую и когда он пожелает.

- Необходимо принять во внимание потребности родственников и обеспечить для них простое питание, возможность отдохнуть и поспать ночью. Не следует ограничивать время посещения больного, так как разрешение свободных посещений позволит включить родственников в процессе ухода за больным вместе с медицинскими сестрами.
- Необходимо оказывать поддержку персоналу, в том числе проходящему обучение.

Дневной стационар позволяет вести больным менее ограниченный образ жизни, дает возможность родственникам больного продолжать работу и отдыхать. Такой стационар удобен для одиноких, пожилых, а также для тех больных, чьи родственники заняты на работе.

Возможности оказания паллиативной помощи на дому, развитие служб паллиативной помощи особенно актуальны с учетом медико-демографической ситуации, увеличения количества населения пожилого возраста, характерной для сегодняшнего дня и ближайшего будущего.

Оказание медицинской помощи онкологическим больным на всех стадиях заболевания вызывает значительное физическое и психическое напряжение, иногда даже перенапряжение у врачей, медицинских сестер и других медицинских работников, осуществляющих постоянный уход. Особенно остро эта проблема стоит на последней стадии, когда необходимо только паллиативное лечение.

Опыт работы с больными в конечных стадиях рака показал, что работа в единой бригаде обеспечивает взаимную поддержку всех участников процесса постоянного ухода и проведения паллиативной помощи.

Бригадная работа позволяет с наибольшим эффектом осуществлять постоянный уход.

В центре внимания работы бригады – больной. В состав бригады входят, прежде всего, члены семьи больного, медицинские сестры, психологи. Могут привлекаться к опеке его друзья, соседи, а также добровольцы, социальные работники, священники. Такая бригада проводит координированную работу, направленную на физическую, психологическую, духовную, социальную и финансовую поддержку больного и его семьи. Состав бригады может меняться в зависимости от социально-экономического статуса больного, его семейного положения, сложности и взаимообусловленности, имеющихся у больного проблем. Например, для одинокого, социально незащищенного больного большое значение будет иметь работа в бригаде представителей социальных служб и добровольцев, для верующего человека – священника. Состав бригады определяется системой здравоохранения, экономическим положением и доминирующими морально-этическими принципами страны, в которой онкологическим больным оказывают всестороннюю медицинскую помощь, включая паллиативную.

При поступлении пациента на учет для оказания паллиативной помощи на дому медицинская сестра составляет карту «предпочтений пациента». В карте отражено, что и в какое время пациент выполняет (просыпается, умывается, бреется, принимает душ, ложится спать), какое время дня любит, каковы его любимые занятия, еда и напитки и др. В карте отмечается, нужна ли больному помощь в проведении гигиенических процедур и приеме пищи. Медицинская сестра объясняет и показывает ему, как пользоваться предметами ухода, кнопкой вызова, совместно с пациентом разрабатывает распорядок дня. Составление такой карты облегчает планирование ухода, позволяет избежать дублирования в сборе информации, обеспечивает преемственность в проведении ухода.

При оказании паллиативной помощи на дому медицинская сестра должна обеспечить также оказание психологической помощи семье умирающего человека, что является важной частью паллиативной помощи, которая предназначена и для поддержки семьи после смерти больного. Неизлечимая болезнь, смерть близкого человека являются для его родных большой психической травмой. Они могут устать: у них могут возникать раздражение, депрессия и злость по отношению к больному, нескрываемое ожидание его скорой смерти («как я устал/мы все устали», «когда все это закончится?»).

В некоторых случаях недостаточная поддержка родных и близких, ухаживающих за больным дома и в больнице, является частой причиной того, что он больше находится в стационаре, чем дома, несмотря на то что дома есть все условия для ухода за ним. Это нужно принимать во внимание и помочь родственникам больного в организации ухода за пациентом.

Известно, что наличие в семье больного с длительно протекающим и прогностически неблагоприятным заболеванием ухудшает материальное положение семьи. Основные причины этого: приобретение медикаментов, смена места работы и уход с работы ухаживающего члена семьи, оплата услуг по уходу за больным. Треть родственников используют для ухода за больным отпуск без сохранения заработной платы и очередной отпуск. В результате постоянного психологического и физического напряжения в 46% случаев отмечается ухудшение состояния здоровья членов семьи, иногда следствием является даже их временная нетрудоспособность. В связи со значительным ухудшением состояния здоровья госпитализируются до 14% членов семей.

Необходимо помнить о том, что в семьях с хроническими больными, социальной нагрузкой и тяжелым материальным положением больше соматических и психических заболеваний, чем в среднем у населения без подобных нагрузок.

В особенно трудном положении находится семья, ухаживающая за безнадежным онкологическим больным. Известно, что у лиц, испытывающих длительное нервное напряжение, находящихся в состоянии хронического стресса, отмечаются ускорение обмена веществ, повышенная потребность в витаминах (аскорбиновой кислоте, витаминах группы В), кальции и магнии. У них выявляются высокая нервозность, нарушения сна, снижение внимания и его концентрации, ослабление иммунитета, депрессия. В таких семьях заболеваемость и смертность возрастают почти в два раза. Поэтому семьи, переживающие потерю родного человека, требуют медицинского наблюдения и поддержки.

Медсестра, которая ответственна за организацию ухода за пациентом на дому, должна знать и применять способы поддержки родственников и близких больного, который находится в терминальной стадии заболевания:

- обучение родственников практическим навыкам ухода за больным, организация совместно с социальными работниками других видов обслуживания (закупка и доставка продуктов, финансовая помощь и др.);
- направление больного в дневное отделение паллиативной помощи или временная госпитализация отдельных больных в поздней стадии заболевания в палату, отделение паллиативной помощи, хоспис, отделение сестринского ухода, больницу позволяет «передохнуть» ухаживающим за ним родственникам и близким, уменьшить физическое и психоэмоциональное перенапряжение;
- моральная поддержка – помощь медицинских работников-консультантов (медицинского психолога, психотерапевта), священника, родственников и близких, представителей общественных групп помощи онкологическим больным.

Показано, что человек, семья, переживающие смерть родного, близкого человека, проходят стадии горя (траура). Медицинская сестра

должна учитывать это при построении плана паллиативной помощи на дому.

Родные умершего больного могут нуждаться в обсуждении событий и последующих действий, связанных со смертью. Медицинской сестре в этом случае необходима специальная подготовка, чтобы она была способна провести границу между понятной и естественной скорбью и чрезмерным страданием и помочь справиться с тяжелой ситуацией.

Необходима преемственность в работе служб гериатрической и паллиативной помощи поликлиник и больниц, поскольку особенно тяжело переживается потеря в семейной паре пожилых и старых людей, прошедших весь свой жизненный путь вместе.

Такого же внимания требуют матери, одни воспитавшие и вырастившие дочь или сына, отдавшие им все, что они могли. Последствия трагедии этих еще не старых женщин трудно представить. Поэтому они также входят в группу риска и требуют наблюдения.

Медсестра должна знать, что этой категории пациентов, или их родственникам может понадобиться помощь психотерапевта, психолога, священника, и своевременно обратиться на это внимание, а также провести все необходимые организационные мероприятия.

## ВЫВОДЫ

1. Изучены особенности сестринского процесса при уходе на дому за больными.
2. Изучены особенности лечения гериатрических пациентов с различными заболеваниями на дому и в больнице.
3. Изучены особенности сестринской помощи больным с неврологическими заболеваниями на дому.
4. Изучены особенности сестринской помощи больным с онкологическими заболеваниями на дому.
5. Изучены особенности сестринской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями на дому.
6. Определены причины и необходимость госпитализации пациентов с различными заболеваниями при уходе на дому.
7. Выявлены и сравнить частоту госпитализации пациентов при уходе на дому в зависимости от заболевания.
8. Выявлены особенности медсестринской паллиативной помощи на дому и в амбулаторных условиях

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. A randomised, controlled study of outcome and cost effectiveness for RA patients attending nurse-led rheumatology clinics: study protocol of an ongoing nationwide multi-centre study. Ndosi M, Lewis M, Hale C, Quinn H, Ryan S, Emery P, Bird H, Hill J. *Int J Nurs Stud*. 2011 Aug;48(8):995-1001.
2. Barriers and facilitators to optimize function and prevent disability worsening: a content analysis of a nurse home visit intervention. Liebel DV, Powers BA, Friedman B, Watson NM. *J Adv Nurs*. 2012 Jan;68(1):80-93.
3. Characterizing the high-risk homebound patients in need of nurse practitioner co-management. Jones MG, Ornstein KA, Skovran DM, Soriano TA, DeCherrie LV. *Geriatr Nurs*. 2017 May-Jun;38(3):213-218.
4. Comparing the Cost of Care Provided to Medicare Beneficiaries Assigned to Primary Care Nurse Practitioners and Physicians. Perloff J, DesRoches CM, Buerhaus P. *Health Serv Res*. 2016 Aug;51(4):1407-23.
5. Continuity of outpatient care and avoidable hospitalization: a systematic review. Kao YH, Lin WT, Chen WH, Wu SC, Tseng TS. *Am J Manag Care*. 2019 Apr 1;25(4):e126-e134.
6. Cost-effectiveness of nurse practitioners in primary and specialised ambulatory care: systematic review. Martin-Misener R, Harbman P, Donald F, Reid K, Kilpatrick K, Carter N, Bryant-Lukosius D, Kaasalainen S, Marshall DA, Charbonneau-Smith R, DiCenso A. *BMJ Open*. 2015 Jun 8;5(6):e007167.
7. Determinants of compassion satisfaction, compassion fatigue and burn out in nursing: A correlative meta-analysis. Zhang YY, Zhang C, Han XR, Li W, Wang YL. *Medicine (Baltimore)*. 2018 Jun;97(26):e11086.
8. Documentation of the nursing process in public health institutions. Azevedo OA, Guedes ÉS, Araújo SAN, Maia MM, Cruz DALMD. *Rev Esc Enferm USP*. 2019 Aug 19;53:e03471.

9. 'Doing with ...' rather than 'doing for ...' older adults: rationale and content of the 'Stay Active at Home' programme. Metzelthin SF, Zijlstra GA, van Rossum E, de Man-van Ginkel JM, Resnick B, Lewin G, Parsons M, Kempen GI. *Clin Rehabil.* 2017 Nov;31(11):1419-1430.
10. Effect of a Community Agency-Administered Nurse Home Visitation Program on Program Use and Maternal and Infant Health Outcomes: A Randomized Clinical Trial. Dodge KA, Goodman WB, Bai Y, O'Donnell K, Murphy RA. *JAMA Netw Open.* 2019 Nov 1;2(11):e1914522.
11. Effect of Addition of an Intimate Partner Violence Intervention to a Nurse Home Visitation Program on Maternal Quality of Life: A Randomized Clinical Trial. Jack SM, Boyle M, McKee C, Ford-Gilboe M, Wathen CN, Scribano P, Davidov D, McNaughton D, O'Brien R, Johnston C, Gasbarro M, Tanaka M, Kimber M, Coben J, Olds DL, MacMillan HL. *JAMA.* 2019 Apr 23;321(16):1576-1585.
12. Effects of health care interventions on quality of life among frail elderly: a systematized review. van Rijckevorsel-Scheele J, Willems RCWJ, Roelofs PDDM, Koppelaar E, Gobbens RJJ, Goumans MJB. *Clin Interv Aging.* 2019 Apr 4;14:643-658.
13. Effects, costs and feasibility of the 'Stay Active at Home' Reablement training programme for home care professionals: study protocol of a cluster randomised controlled trial. Metzelthin SF, Rooijackers TH, Zijlstra GAR, van Rossum E, Veenstra MY, Koster A, Evers SMAA, van Breukelen GJP, Kempen GIJM. *BMC Geriatr.* 2018 Nov 13;18(1):276.
14. Examining the Complexity of Patient-Outpatient Care Team Secure Message Communication: Qualitative Analysis. Lanham HJ, Leykum LK, Pugh JA. *J Med Internet Res.* 2018 Jul 11;20(7):e218.
15. Home health nurse decision-making regarding visit intensity planning for newly admitted patients: a qualitative descriptive study. Irani E, Hirschman KB, Cacchione PZ, Bowles KH. *Home Health Care Serv Q.* 2018 Jul-Sep;37(3):211-231.



16. Incidence of ambulatory care visits after needlestick and sharps injuries among healthcare workers in Taiwan: a nationwide population-based study. Wang SG, Hung CT, Li SF, Lu YC, Chang SC, Lee HM, Pai LW, Lai FI, Huang YW, Chung YC. *Kaohsiung J Med Sci*. 2014 Sep;30(9):477-83.
17. Massage Chair Sessions: Favorable Effects on Ambulatory Cancer Center Nurses' Perceived Level of Stress, Blood Pressure, and Heart Rate. Hand M, Margolis J, Staffileno BA. *Clin J Oncol Nurs*. 2019 Aug 1;23(4):375-381.
18. Nurse Home Visiting for Families Experiencing Adversity: A Randomized Trial. Goldfeld S, Price A, Smith C, Bruce T, Bryson H, Mensah F, Orsini F, Gold L, Hiscock H, Bishop L, Smith A, Perlen S, Kemp L. *Pediatrics*. 2019 Jan;143(1):e20181206.
19. Nurse health and lifestyle modification versus standard care in 40 to 70 year old regional adults: study protocol of the Management to Optimise Diabetes and mEtabolic syndrome Risk reduction via Nurse-led intervention (MODERN) randomized controlled trial. Carrington MJ, Zimmet P. *BMC Health Serv Res*. 2017 Dec 6;17(1):813.
20. Nurse Home Visiting for Families Experiencing Adversity: A Randomized Trial. Goldfeld S, Price A, Smith C, Bruce T, Bryson H, Mensah F, Orsini F, Gold L, Hiscock H, Bishop L, Smith A, Perlen S, Kemp L. *Pediatrics*. 2019 Jan;143(1):e20181206.
21. Nurse-led health promotion interventions improve quality of life in frail older home care clients: lessons learned from three randomized trials in Ontario, Canada. Markle-Reid M, Browne G, Gafni A. *J Eval Clin Pract*. 2013 Feb;19(1):118-31.
22. Nurse-led interventions on quality of life for patients with cancer: A meta-analysis. Cheng X, Wei S, Zhang H, Xue S, Wang W, Zhang K. *Medicine (Baltimore)*. 2018 Aug;97(34):e12037.
23. Nursing practice environments and job outcomes in ambulatory oncology settings. Friese CR, Himes-Ferris L. *J Nurs Adm*. 2013 Mar;43(3):149-54.

24. Nursing practice in home care: an integrative literature review. Andrade AM, Silva KL, Seixas CT, Braga PP. *Rev Bras Enferm.* 2017 Jan-Feb;70(1):210-219.
25. Prenatal and Infancy Nurse Home Visiting and 18-Year Outcomes of a Randomized Trial. Kitzman H, Olds DL, Knudtson MD, Cole R, Anson E, Smith JA, Fishbein D, DiClemente R, Wingood G, Caliendo AM, Hopfer C, Miller T, Conti G. *Pediatrics.* 2019 Dec;144(6):e20183876.
26. Quality improvement teams, super-users, and nurse champions: a recipe for meaningful use? Shea CM, Reiter KL, Weaver MA, Albritton J. *J Am Med Inform Assoc.* 2016 Nov;23(6):1195-1198.
27. Quality of care of nurse-led and allied health personnel-led primary care clinics. Chin WY, Lam CL, Lo SV. *Hong Kong Med J.* 2011 Jun;17(3):217-30.
28. Quality of Life in Nursing Professionals: Burnout, Fatigue, and Compassion Satisfaction. Ruiz-Fernández MD, Pérez-García E, Ortega-Galán ÁM. *Int J Environ Res Public Health.* 2020 Feb 15;17(4):1253.
29. Recommendations to facilitate managers' compliance with quality standards at primary health care clinics. Mogakwe LJ, Ally H, Magobe NBD. *Curationis.* 2019 Apr 23;42(1):e1-e8.
30. Redesigning ambulatory care management for uncontrolled type 2 diabetes: a prospective cohort study of the impact of a Boot Camp model on outcomes. Magee MF, Baker KM, Fernandez SJ, Huang CC, Mete M, Montero AR, Nassar CM, Sack PA, Smith K, Youssef GA, Evans SR. *BMJ Open Diabetes Res Care.* 2019 Nov 13;7(1):e000731.
31. Roles of nurse practitioners and family physicians in community health centres. Dahrouge S, Muldoon L, Ward N, Hogg W, Russell G, Taylor-Sussex R. *Can Fam Physician.* 2014 Nov;60(11):1020-7.
32. Skill mix change between general practitioners, nurse practitioners, physician assistants and nurses in primary healthcare for older people: a

qualitative study. Lovink MH, van Vught AJAH, Persoon A, Schoonhoven L, Koopmans RTCM, Laurant MGH. *BMC Fam Pract*. 2018 May 2;19(1):51.

33. Standardizing Assessment of Competences and Competencies of Oncology Nurses Working in Ambulatory Care. Beaver C, Magnan MA, Henderson D, DeRose P, Carolin K, Bepler G. *J Nurses Prof Dev*. 2016 Mar-Apr;32(2):64-73.

34. Strategies to Improve Quality of Life at the End of Life: Interdisciplinary Team Perspectives. Sagha Zadeh R, Eshelman P, Setla J, Sadatsafavi H. *Am J Hosp Palliat Care*. 2018 Mar;35(3):411-416.

35. The hypertension team: the role of the pharmacist, nurse, and teamwork in hypertension therapy. Carter BL, Bosworth HB, Green BB. *J Clin Hypertens (Greenwich)*. 2012 Jan;14(1):51-65.

36. The Importance of Trust in Successful Home Visit Programs for Older People. Muntinga ME, van Leeuwen KM, Jansen APD, Nijpels G, Schellevis FG, Abma TA. *Glob Qual Nurs Res*. 2016 Dec 2;3:2333393616681935.

37. The prevalence and impact of post-traumatic stress disorder and burnout syndrome in nurses. Mealer M, Burnham EL, Goode CJ, Rothbaum B, Moss M. *Depress Anxiety*. 2009;26(12):1118-26.

38. Visit Attendance Patterns in Nurse-Family Partnership Community Sites. Holland ML, Olds DL, Dozier AM, Kitzman HJ. *Prev Sci*. 2018 May;19(4):516-527.

39. Which components of a primary care affiliated home visiting nurse program are associated with disability maintenance/improvement? Liebel DV, Friedman B, Watson NM, Powers BA. *Home Health Care Serv Q*. 2012;31(2):155-80.