

53.5
У-52

А.Т. Умбетжанова, Г.А. Дербисалина,
Ж.Б.Бекбергенова, Д.К. Жунусова

СЕСТРИНСКИЙ УХОД НА ДОМУ



учебное пособие

53.5223
У-52
НАО «МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ АСТАНА»

А.Т. Умбетжанова, Г.А. Дербисалина,
Ж.Б. Бекбергенова, Д.К. Жунусова

СЕСТРИНСКИЙ УХОД НА ДОМУ

Учебное пособие

№ 62225 БИБЛИОТЕКА
НУ "ТЕМИРТАУСКИЙ
МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ"
г.Темиртау

Караганда, 2020

УДК 614.254.3:616-083(075.8)

ББК 53.5я73

С 33

Рецензенты:

- 1) Абзалова Р.А. - председатель правления национальной ассоциации «Primary Health Care», д.м.н., профессор.
- 2) Жаксылыкова Г.А. - проректор по образовательной деятельности НАО «Медицинский университет Астана», д.м.н., профессор.
- 3) Койков В.В. – руководитель Центра развития образования и науки Республиканского центра развития здравоохранения, д.м.н.

С33 А.Т. Умбетжанова, Г.А. Дербисалина, Ж.Б. Бекбергенова, Д.К. Жунусова / **Сестринский уход на дому: учебное пособие.** Караганда: ИП «АҚНҰР», 2020. – 78 стр.

ISBN 978-601-7598-17-4

Данное руководство предназначено для студентов факультетов «Сестринское дело», а также для практикующих медицинских сестер. В нем представлены общие сведения о принципах осуществления сестринского ухода на дому, а также освещены стратегии ухода при наиболее распространенных состояниях и заболеваниях.

Утверждено и рекомендовано к изданию комиссией по академической и научной работе Сената НАО «Медицинский университет Астана» от 04.05.20 протокол № 4

УДК 614.254.3:616-083(075.8)

ББК 53.5я73

ISBN 978-601-7598-17-4

© Коллектив авторов, 2020

© ИП «АҚНҰР», 2020

ПЕРЕЧЕНЬ СОКРАЩЕНИЙ

ICN	International council of nursing (Международный совет сестринского дела)
BNP	Мозговой натрий-уретический пептид
AAP	American association of pediatrics (ассоциация педиатров Америки)
DASH	Dietic approach to stop hypertension (Диетические подходы к остановке гипертензии)
АГ	Артериальная гипертензия
АД	Артериальное давление
АРА	Антагонисты рецепторов ангиотензина
БРА	Блокаторы рецепторов ангиотензина
БКК	Блокаторы кальциевых каналов
ЕОК	Европейское общество кардиологов
ИАПФ	Ингибиторы АПФ
ИБС	Ишемическая болезнь сердца
ИМТ	Индекс массы тела
ИМП	Инфекция мочевых путей
КАИМП	Катетер-ассоциированная инфекция мочевых путей
КЖ	Качество жизни
МК	Мочевой катетер
НПВС	Нестероидные противовоспалительные средства
СД	Сахарный диабет
СН	Сердечная недостаточность
СРТ	Сердечная ресинхронизирующая терапия
ХПН	Хроническая почечная недостаточность
ХСН	Хроническая сердечная недостаточность

Оглавление

ПЕРЕЧЕНЬ СОКРАЩЕНИЙ	3
ТЕРМИНЫ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ	5
ВВЕДЕНИЕ	6
ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ	8
МЕЖДУНАРОДНЫЕ ПРИНЦИПЫ ПО ПРАКТИКЕ СЕСТРИНСКОГО УХОДА НА ДОМУ	10
ЭТИЧЕСКИЕ ПРИНЦИПЫ ОРГАНИЗАЦИИ СЕСТРИНСКОГО УХОДА НА ДОМУ	18
ЧАСТНЫЕ ВОПРОСЫ	21
I. КОММУНИКАТИВНЫЕ НАВЫКИ	21
II. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩИЕСЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ И СОСТОЯНИЯ ПРИ ОКАЗАНИИ СЕСТРИНСКОГО УХОДА НА ДОМУ.	23
1. СЕСТРИНСКИЙ УХОД НА ДОМУ ПАЦИЕНТАМ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ (ХСН)	23
2. АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ	29
3. РЕАБИЛИТАЦИЯ ПОСЛЕ ИНСУЛЬТА	35
4. ПРОЛЕЖНИ	38
5. УХОД ЗА ПАЦИЕНТАМИ С УСТАНОВЛЕННЫМ МОЧЕВЫМ КАТЕТЕРОМ	44
6. УХОД ЗА ПАЦИЕНТОМ СО СТОМОЙ	53
7. ПАЛЛИАТИВНЫЙ УХОД ЗА ПОЖИЛЫМИ ПАЦИЕНТАМИ	59
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	62
ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ	63
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ	700

ТЕРМИНЫ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ

Доказательная сестринская практика – подходы в принятии клинических решений, основанные на последних научных данных;

Качество жизни – интегральная характеристика физического, психологического, эмоционального и социального функционирования больного, основанная на его субъективном восприятии;

Пациент – физическое лицо, являющееся потребителем медицинских услуг;

Паллиативный уход – подход, позволяющий улучшить качество жизни пациентов (детей и взрослых) и их семей, столкнувшихся с проблемами, связанными с опасным для жизни заболеванием, путём предотвращения и облегчения страданий за счёт раннего выявления, тщательной оценки и лечения боли и других физических симптомов, а также оказания психосоциальной и духовной поддержки;

Реабилитация – это комплекс мероприятий, направленный на максимально возможное восстановление утраченных способностей пациента после различных заболеваний;

Сестринский уход – самостоятельный и совместный уход за лицами всех возрастов, групп и сообществ, больными или здоровыми, включающий в себя пропаганду здоровья, профилактику болезней и уход за больными, инвалидами и умирающими людьми (ICN);

Стационарозамещающая помощь – форма предоставления доврачебной, квалифицированной, специализированной медицинской помощи с медицинским наблюдением продолжительностью от четырех до восьми часов в течение дня;

ВВЕДЕНИЕ

С 2014 года в Республике Казахстан проводится реформа сестринского дела, основными направлениями реформы являются пересмотр образовательных программ всех уровней, внедрение нового уровня подготовки «прикладной бакалавр» и должности «медсестра расширенной практики», в рамках внедрения новой должности предусмотрена передача многих должностных полномочий от врача к медсестре. Тенденции развития сестринского дела значительно усиливают роль медсестры в современной системе здравоохранения. Первоначально медсестра относилась к среднему медицинскому персоналу, считалась помощником врача и осуществляла сестринский уход по назначению врача. В настоящее время современные теории сестринского дела, основанные на научном подходе и доказательных практиках, представляют медсестру в качестве равноправного партнера врача, который принимает самостоятельные сестринские решения, планирует и осуществляет доказательный сестринский уход, отражая его в сестринской документации. [1]

В функциональные обязанности медсестры расширенной практики входит осуществление сестринского обследования, постановка сестринского диагноза, составление плана сестринских вмешательств для пациента, оценка эффективности назначенного плана сестринских вмешательств в общей практике, терапии, хирургии, акушерстве и гинекологии, психиатрии, гериатрии, реабилитации, паллиативном уходе и других специализированных областях сферы здравоохранения на первично-медико - санитарном и стационарном уровнях. Осуществление индивидуального приема пациентов с наиболее распространенными неинфекционными заболеваниями и острыми респираторными вирусными инфекциями в пределах своей компетенции. Организация, мониторинг эффективности и контроль обучения пациента/семьи процедурам общего ухода и управлению заболеванием. [2]

Согласно приказа Министра здравоохранения Республики Казахстан от 24 ноября 2009 года № 774 «Об утверждении Номенклатуры медицинских и фармацевтических специальностей», сестринский уход пациенту предоставляется квалифицированными медицинскими работниками, имеющими сертификат специалиста по профилю «сестринское дело». Основной план сестринского ухода

разрабатывается на основе выявленных медицинских потребностей. Он осуществляется и оценивается в партнерстве с пациентами и их семьями, включая детей. Пациенты и их семьи получают достоверную информацию, позволяющую им участвовать в принятии решения о лечении. Потребности пациента и его семьи постоянно оцениваются в ходе осуществления плана лечения, который изменяется и обновляется по мере изменения потребностей. [3]

Оказание сестринского ухода на амбулаторно-поликлиническом уровне может осуществляться в форме стационара на дому в виде квалифицированного сестринского ухода продолжительностью от четырех до восьми часов в течение дня в рабочие дни в период работы амбулаторно-поликлинических организаций. Стационар на дому предназначен для проведения поддерживающего лечения и наблюдения за больным с неизлечимой патологией в домашних условиях. [3], либо пациентам, которые по состоянию здоровья или характеру патологии могут получить помощь на дому. В данном пособии рассматриваются общие и частные вопросы оказания сестринского ухода на дому.

Если говорить о мировом опыте медсестринского ухода на дому, то пионером сестринского дела в области первичной медико-санитарной сети признана Лилиан Уолд. Она основала поселок Генри-стрит, который обслуживал малообеспеченных людей и семьи. Медсестры и социальные работники, которые работали в поселке Генри-стрит, посещали пациентов в их домах, оценивали их потребности в здоровье и оказывали поддержку в вопросах гигиены, питания, иммунизации и многого другого. Лилиан Уолд удалось убедить страховую компанию Metropolitan Life Insurance Company покрыть услуги по уходу на дому. Это позволило выделить сестринский уход на дому в одно из направлений оказания помощи в амбулаторном уходе.

ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ

Сестринский уход - самостоятельный и совместный уход за лицами всех возрастов, групп и сообществ, больными или здоровыми, включающий в себя пропаганду здоровья, профилактику болезней и уход за больными, инвалидами и умирающими людьми (ICN) [4].

Согласно организации Стандарта оказания сестринского ухода населения Республики, Казахстан от 20 мая 2014 года № 269 основной целью организация сестринского ухода является оказание мероприятий, направленных на улучшение качества жизни и общее состояние пациентов с тяжелым, прогрессирующим заболеванием, подтвержденным медицинским заключением врачебно-консультативной комиссии организации здравоохранения по месту прикрепления пациента. Паллиативная помощь оказывается медицинскими сестрами и медицинскими сестрами расширенной практики под руководством врача в специализированных структурных подразделениях (отделениях, палаты, койки, кабинеты) организациями здравоохранения, самостоятельных специализированных медицинских организациях (хосписы) в стационарных, стационарозамещающих- в условиях на дому. [5]

Сестринский уход на дому предназначен для тех пациентов, которые не нуждаются в госпитализации, но чье состояние здоровья требует сестринского ухода. Сестринский уход на дому включает в себя различные процедуры, которые можно выполнить дома в привычной и уютной обстановке. Например, такой уход может быть предоставлен:

- Страдающим хроническими заболеваниями пациентам в периоды обострения заболевания (пролежни, заболевания костей и суставов, сердечно-сосудистые заболевания и пр.);
- Пациентам, нуждающимся в лечении ран;
- Пациентам с ограниченными возможностями;
- Пациентам с неврологическими и/или психическими заболеваниями и т.д

Сестринский уход осуществляется в тесном сотрудничестве с врачом и членами семьи пациента, а при необходимости также с социальным работником и/или опекуном.

Предпосылки осуществления сестринского ухода на дому:

Пациент не нуждается в стационарном лечении, но состояние его здоровья требует сестринского ухода.

Пациент и его семья согласны на сестринский уход и готовы к сотрудничеству.

Домашняя среда пациента позволяет осуществлять сестринский уход, в том числе выполнять необходимые процедуры, а эмоциональная среда содействует и способствует оказанию услуг на дому.

Медицинское обслуживание на дому - это система ухода, предоставляемая опытными медсестрами пациентам на дому под руководством врача. Услуги по уходу на дому включают уход за больными, физиотерапию, специфическую речевую терапию и т.д. Целью услуг по оказанию медицинской помощи на дому является помощь пациентам в улучшении функций организма и повседневной жизни с большей независимостью; содействие оптимальному уровню состояния здоровья пациента; способствование нахождению пациента в стенах дома, минимизация госпитализаций в стационаре в учреждениях длительного ухода. Медицинский уход на дому может осуществляться по предписанию врача либо же по запросу членов семьи или же самого пациента (7).

Уход за больным, может включать в себя уход за раной, уход за стомой, введение лекарств внутривенно, внутримышечно, мониторинг общего состояния здоровья пациента, контроль боли и другую поддержку здоровья. Большинство пациентов, получающих сестринский уход на дому старше 65 лет и имеют несколько медицинских диагнозов, большинство из которых имеют хроническое течение. Включая, сердечную недостаточность и другие сердечные проблемы, диабет, хроническую обструктивную болезнь легких, пневмонию, остеоартрит, перелом шейки бедра и т.д.

Сестринский уход на дому может быть предоставлен в виде:

-краткосрочных посещений, где медсестра посещает пациента или семью дома, чтобы обеспечить квалифицированную услугу, например, уход за раной;

-длительный уход на дому, когда медсестра обеспечивает уход в течение длительных часов, например, 8- или 12-часовая смена, чтобы ухаживать за пациентом в условиях искусственной вентиляции легких;

-хоспис на дому. Осуществление сестринского ухода по специализированной программе ухода, для обеспечения достойного ухода безнадежному пациенту.

Старение население является основным фактором развития медицинской помощи, особенно сестринского ухода на дому. Все

больше пациентов живут дольше со сложными заболеваниями, при этом нуждаются в уходе, и остаются в собственных домах во избежание более высоких затрат. Уход на дому обычно обходится дешевле, чем уход в условиях стационара. Кроме того, в сестринском уходе могут нуждаться дети и подростки из-за травмы, инвалидности или других состояний.

МЕЖДУНАРОДНЫЕ ПРИНЦИПЫ ПО ПРАКТИКЕ СЕСТРИНСКОГО УХОДА НА ДОМУ.

Международные принципы по практике сестринского ухода на дому (International Guidelines For Home Health Nursing) являются руководством для медсестер, которые стремятся обеспечить наилучший уход за пациентами у них на дому. Эти принципы разработаны медсестрами, оказывающими уход на дому для таких же медсестер. Их целью является предоставление рекомендаций для медсестер, которые стремятся развивать свою профессиональную практику и работу на дому, по всему миру [6].

Несмотря на то, что медицинское обслуживание на дому различается в разных странах (в зависимости от доступности ресурсов, различия законов, правил и культурных требований), в этих руководствах изложены шаги, которые профессиональные медсестры могут предпринять для обеспечения наилучшего ухода для пациентов на дому. Они основаны на доказательных данных и консенсусе об элементах наилучшей практики и эффективном сестринском уходе на дому. Этот документ не подразумевается, как «стандарт», который должен соблюдаться, а как цели, которые медсестры стремятся достичь в своем стремлении к совершенству в области сестринского ухода на дому. Эти принципы состоят из 17 основных стандартов:

- Стандарт 1: Оценка (первичная)
- Стандарт 2: Диагностика
- Стандарт 3: Идентификация цели
- Стандарт 4: Планирование
- Стандарт 5: Внедрение
- Стандарт 6: Оценка
- Стандарт 7: Этика
- Стандарт 8: Образование
- Стандарт 9: Доказательная практика/исследования
- Стандарт 10: Качество практики

- Стандарт 11: Коммуникативные навыки
- Стандарт 12: Лидерство
- Стандарт 13: Сотрудничество
- Стандарт 14: Профессиональная оценка своей практики
- Стандарт 15: Использование ресурсов
- Стандарт 16: Безопасность окружающей среды пациента
- Стандарт 17: Культурная компетенция

СТАНДАРТ 1: ОЦЕНКА

Руководство: Медицинская сестра на дому проводит комплексную оценку состояния пациента, путем сбора данных, которые влияют на его здоровье и благополучие.

Обоснование: Медицинские сестры на дому часто являются единственным поставщиком медицинских услуг в доме пациента. Пациенты, получающие уход на дому, зависят от медсестер, которые должны выявить все факторы, которые могут повлиять на достижение результатов/целей в отношении здоровья. Медсестры должны оценивать состояние здоровья пациента и его потребности целостно, используя систематический и непрерывный процесс оценки. В зависимости от индивидуальной ситуации пациента эта комплексная оценка может включать физические, функциональные, нутритивные, психосоциальные, эмоциональные, поведенческие, когнитивные, сексуальные и духовные оценки статуса. Медсестре также может понадобиться оценить план лечения пациента, потребности в обучении, культурные предпочтения, потребности лица, осуществляющего уход, финансовые потребности, домашнюю обстановку и ресурсы сообщества, которые могут повлиять на план ухода.

СТАНДАРТ 2: ДИАГНОСТИКА

Руководство: Медицинская сестра на дому анализирует данные оценки, чтобы определить проблемы и потребности пациента.

Обоснование: Проблемы ухода на дому и потребности пациента основаны на его медицинских диагнозах и других факторах, выявленных в ходе оценки, которые могут повлиять на здоровье и благополучие пациента. (Примеры других факторов включают недостаточное количество финансовых средств для покупки лекарств

и симптомы, которые мешают пациенту, например, проблемы со сном.) Медсестра составляет список проблем и потребностей, которые иногда определяются как «реальные или потенциальные проблемы» или «сестринский диагноз».

СТАНДАРТ 3: ИДЕНТИФИКАЦИЯ ЦЕЛИ

Руководство: Медицинская сестра, осуществляющая уход на дому, определяет желаемые цели ухода, индивидуально для каждого пациента.

Обоснование: Как только проблемы и потребности выявлены, медсестра обсуждает их с пациентом, семьей и другими лицами, осуществляющими уход. Вместе они должны определять цели, которые учитывают желания, приоритеты и предпочтения пациента. (Цели также известны как «ожидаемые результаты».) Каждая цель должна быть продуманной (конкретной, измеримой, достижимой, актуальной и определенной по времени).

СТАНДАРТ 4: ПЛАНИРОВАНИЕ

Руководство: Медицинская сестра, осуществляющая уход на дому, разрабатывает план, который предписывает стратегии и вмешательства для достижения поставленных целей.

Обоснование: Зная текущее состояние пациента и цели в области его здоровья, медсестра выявляет наилучшие практические и основанные на доказанных данных вмешательства, которые помогут пациенту достичь желаемых целей. Этот план должен быть разработан в сотрудничестве с пациентом и другими заинтересованными лицами, такими как врач пациента/другие медицинские работники и семья/лица, обеспечивающие уход. Медсестра может планировать другие междисциплинарные или общественные услуги, если они доступны, например, помощь социальных работников, консультации реабилитолога, диетолога, необходимость привлечения религиозных консультантов (муллы, священника и др. в определенный момент времени) или включение в социальные службы/государственные программы. Стратегии могут включать в себя постоянную оценку состояния, обучающие мероприятия, введение лекарств и другие методы лечения, координацию ухода и мониторинг лечения, и другие вмешательства.

СТАНДАРТ 5: РЕАЛИЗАЦИЯ

Руководство: Медицинская сестра, осуществляющая уход на дому, реализует индивидуальный план ухода за пациентом.

Обоснование: При реализации плана медсестра демонстрирует доброе и заботливое поведение, способствует вовлечению пациентов и самоконтролю, способствует безопасности пациентов (например, реализует принципы инфекционного контроля) и работает в сотрудничестве с врачами/другими медицинскими работниками и междисциплинарной командой. Медсестра расставляет приоритеты в реализуемых стратегиях в соответствии с потребностями и предпочтениями пациента и обеспечивает уход безопасным, эффективным и действенным образом.

СТАНДАРТ 6: ОЦЕНКА (текущая)

Руководство: Медицинская сестра, осуществляющая уход на дому, оценивает прогресс пациента в достижении желаемых целей.

Обоснование: В консультации с пациентом и междисциплинарной командой медсестра проводит постоянную оценку прогресса пациента в достижении целей и ожидаемых результатов. Оценка требует повтора, и если план не работает, медсестре необходимо пересмотреть план с новыми стратегиями, которые, более вероятно, будут эффективными. По достижении пациентом целей по уходу на дому, медсестра способствует эффективному переходу на дальнейшее лечение.

СТАНДАРТ 7: ЭТИКА

Руководство: Медсестра, осуществляющая уход на дому, соблюдает этику.

Обоснование: Медсестры должны уважать и защищать присущее каждому пациенту достоинство и права на самоопределение, неприкосновенность частной жизни и конфиденциальность. Медсестры обеспечивают сострадательную заботу, для которой характерно поддержание интересов пациента, формирование дружелюбных отношений, оказание помощи в соответствии с потребностями и предпочтениями пациента и поддержание профессиональных границ. Медсестры должны быть

честными, позволяя пациентам и другим людям доверять тому, что они говорят и документируют. Они должны защищать права и приоритеты пациента, особенно, когда им угрожают. Медсестры должны соблюдать правила профессиональной практики.

СТАНДАРТ 8: ОБРАЗОВАНИЕ

Руководство: Медицинская сестра, осуществляющая уход на дому, совершенствует знания и навыки, необходимые для обеспечения наилучшего ухода за пациентами в условиях дома.

Обоснование: Медицинское обслуживание на дому является специализированной областью сестринской практики, требующей специальных знаний и навыков, выходящих за рамки базовых/общих медицинских знаний и навыков. Медсестры должны быть привержены обучению в течение всей жизни и поддерживать самостоятельное обучение. Таким образом, медсестрам, осуществляющим уход на дому, необходимо определить свои образовательные потребности и искать формальные и неформальные возможности для развития своих знаний и навыков, с тем, чтобы они могли предоставлять более квалифицированный уход. Дополнительные знания и навыки могут понадобиться при оценке состояния пациента/сообщества, обучении, способствующему развитию пациента. Медицинская сестра использует новые знания и навыки по эффективному использованию технологий, ведению пациентов, координации ухода для прогресса в практике ухода, основанного на новых исследованиях и лидерских навыках. Возможности для обучения могут быть предоставлены ориентировочными программами, учебными пособиями, наставниками, профессиональными журналами и книгами, консультациями или официальными образовательными программами колледжей/университетов.

СТАНДАРТ 9: ДОКАЗАТЕЛЬНАЯ ПРАКТИКА/ИССЛЕДОВАНИЯ

Руководство: Медицинская сестра, осуществляющая уход на дому, интегрирует доказательные данные и результаты исследований в практику.

Обоснование: Уход за больными в максимально возможной степени должен быть основан на науке, доказанных данных и

исследованиях. Медсестры обязаны быть в курсе последних научных данных и руководств, которые улучшают качество услуг, которые медсестры предоставляют своим пациентам на дому. Медицинские учреждения, предоставляющие уход на дому и государственные программы должны поддерживать распространение научных исследований и руководств, основанных на доказанных данных, среди медсестер, которые обеспечивают уход на дому.

СТАНДАРТ 10: КАЧЕСТВО ПРАКТИКИ

Руководство: Медицинская сестра, осуществляющая уход на дому, способствует качественной практике ухода за больными.

Обоснование: Медицинские сестры, осуществляющие уход на дому должны стремиться предоставлять качественные услуги по уходу. Качественный уход является безопасным, эффективным, справедливым, ориентированным на пациента, экономически эффективным и своевременным. Медицинские сестры должны помогать в разработке и реализации политики и процедур, способствующих качественному уходу. Например, для содействия безопасному уходу медсестры на дому могут разработать и внедрить политику профилактики инфекций, которая защищает пациентов от инфекций посредством строгих процедур инфекционного контроля. Например, для содействия эффективному уходу медсестры могут способствовать разработке и внедрению электронных медицинских карт, которые облегчают работу медсестер, стандартизированную терминологию и общение между учреждениями. Медсестры, работающие на дому, могут пропагандировать и участвовать в программах постоянного улучшения качества.

СТАНДАРТ 11: КОММУНИКАТИВНЫЕ НАВЫКИ

Руководство: Медсестра, осуществляющая уход на дому осуществляет эффективные коммуникации.

Обоснование: Медицинские сестры, обеспечивающие сестринский уход на дому, эффективно общаются с пациентами, семьями, лицами, обеспечивающими уход, врачами, членами команды по межпрофессиональному уходу и другими, если это необходимо для обеспечения эффективного ухода за пациентами. Они эффективно общаются в устной, письменной или электронной

форме, всегда сохраняя при этом профессиональную конфиденциальность и конфиденциальность пациента. Эффективные коммуникативные навыки имеют решающее значение для оценки состояния пациента, обучения, ведения пациентов, координации ухода и документирования. Для обеспечения хорошего общения с пациентами медсестры проводят оценку языковой и медицинской грамотности пациентов, адаптируя планы ухода для содействия эффективному общению и обучению пациентов.

СТАНДАРТ 12: ЛИДЕРСТВО

Руководство: Медсестра, осуществляющая уход на дому, демонстрирует лидерство.

Обоснование: Лидерские качества являются неотъемлемой частью профессиональных обязанностей медсестры. Она подает пример лидерства, когда сотрудничает, решает проблемы, разрешает конфликты, способствует качественному уходу, выступает за права и интересы пациента и во многих других ситуациях. Медсестры проявляют лидерство, когда они управляют уходом, разрабатывают планы ухода или контролируют работу других специалистов, не имеющих медицинского образования.

СТАНДАРТ 13: СОТРУДНИЧЕСТВО

Руководство: Медицинская сестра, осуществляющая уход на дому, сотрудничает с врачом пациента/ другими членами медицинской команды и с пациентом/семьей/лицами, обеспечивающими уход.

Обоснование: Сотрудничество основано на совместном общении, которое признает уникальную и важную перспективу, которую каждый вовлеченный в уход за пациентом приносит для достижения наилучших результатов для пациента. Медсестры понимают, что все ухаживающие за пациентом, являются важными членами команды пациента. Медсестры работают совместно с пациентами, выявляя, уважая и поддерживая ценности и цели своих пациентов. Они работают в сотрудничестве с врачами/другими медработниками, чтобы предоставлять услуги, ориентированные на пациента, высказывая свое профессиональное мнение о состоянии пациента, целях, препятствиях/поддерживающих факторах для ухода,

которые наилучшим образом помогут пациенту достичь желаемого уровня здоровья и благополучия. Медсестры также сотрудничают с семьями, лицами, обеспечивающими уход, другими членами команды, всеми, кто связан с уходом за пациентом, посредством совместной коммуникации, для которой характерны вежливость, уважение к альтернативным точкам зрения и стратегии взаимного решения проблем.

СТАНДАРТ 14: ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ОЦЕНКА СВОЕЙ ПРАКТИКИ

Руководство: Медицинская сестра, осуществляющая уход на дому, оценивает собственную практику в отношении соблюдения стандартов, руководств, уставов и правил.

Обоснование: Одним из отличительных признаков профессии является то, что профессионалы определяют сферу применения, стандарты и руководства, в соответствии с которыми они практикуют. Медицинские сестры должны следовать стандартам профессиональной практики. Работа медицинских сестер также осуществляется в соответствии с нормативными актами, регулирующими их практику. Пациенты и коллеги-специалисты должны участвовать в оценке практики медсестры. Когда медсестры обнаруживают, что они не соответствуют своим профессиональным стандартам или другим правилам, медсестры несут ответственность за устранение дефицита знаний.

СТАНДАРТ 15: ИСПОЛЬЗОВАНИЕ РЕСУРСОВ

Руководство: Медицинская сестра, осуществляющая уход на дому, использует ресурсы для планирования и предоставления безопасных, эффективных сестринских услуг.

Обоснование: При разработке своих планов ухода за пациентами медсестры должны нести финансовую ответственность. Медсестра должна сбалансировать ресурсы, выделенные для ухода за пациентом, с ресурсами (в том числе финансовыми), доступными для оказания помощи. Медсестра фокусируется на правильном уходе, в нужное время, с нужным поставщиком, в нужном месте, по разумной цене. Цель - самый безопасный и эффективный уход за наименьшими затратами.

СТАНДАРТ 16: БЕЗОПАСНОСТЬ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ ПАЦИЕНТА

Руководство: Медсестра, осуществляющая уход на дому, поддерживает экологически безопасную окружающую среду пациента.

Обоснование: Отходы продуктов здравоохранения в домашних условиях - иглы, шприцы, лекарства, медикаменты, материалы, загрязненные кровью и биологическими жидкостями, а также другие медицинские/пластиковые отходы - могут представлять риск заражения и загрязнения людей и окружающей среды. Новые технологии и исследования необходимы, чтобы определить лучшие способы защиты окружающей среды. Между тем, лучший способ утилизации этих продуктов зависит от географического региона и имеющихся ресурсов для утилизации медицинских отходов. Медицинские сестры на дому должны соблюдать правила, регулирующие утилизацию медицинских отходов, при одновременном определении экологически безопасных способов, которые представляют наименьший риск распространения инфекции или причинения вреда при их утилизации.

СТАНДАРТ 17: КУЛЬТУРНАЯ КОМПЕТЕНЦИЯ

Руководство: Медицинская сестра, осуществляющая уход на дому, работает в соответствии с культурными принципами и принципами инклюзивности.

Обоснование: Медицинские сестры обращаются со всеми людьми справедливо и равно, независимо от расы, этнической принадлежности, религии, социально-экономического статуса, сексуальной ориентации, гендерной идентификации или любых других разнообразных проблем, которые могут привести к маргинализации людей. [6]

ЭТИЧЕСКИЕ ПРИНЦИПЫ ОРГАНИЗАЦИИ СЕСТРИНСКОГО УХОДА НА ДОМУ.

Общепринятые этические принципы медико-санитарной помощи, которым должны следовать медицинские работники, чтобы обеспечить оптимальную безопасность пациента: автономия, польза,

непричинение вреда и справедливость (6). Давайте внимательнее посмотрим на определение каждого из этих принципов и как они осуществляются на практике в условиях предоставления ухода на дому.

1. Автономия

В медицинской сфере, автономия означает право пациента к сохранению контроля над своим телом. В условиях оказания медицинской помощи на дому, она начинается с решения пациента на получение помощи на дому вместо дома престарелых или других мест. Важно также, что при оказании помощи пациенту в повседневной деятельности, пациент продолжает «иметь собственное мнение», собственные решения в том числе по вопросам выбора средств личной гигиены, физиотерапии, диеты, речевой терапии и т.д. Медицинская сестра может предложить или посоветовать курс лечения, программу обучения, основанную на оценке и указаниях врача, но принятие окончательного решения лежит на пациенте. Если есть конфликт интересов на основе убеждений или ценностей пациента, персонал должен немедленно уведомить своего работодателя, чтобы определить дальнейшие шаги.

2. Польза

Целью медицинских работников должно быть использование всех рекомендованных методик и процедур, с единственной целью, чтобы принести наибольшую пользу пациенту. Для того, чтобы сделать это, необходим высокий уровень мастерства и знаний, в том числе постоянное обучение. Это лучше всего достигается за счет обеспечения непрерывного образования. Это помогает не только обеспечению соответствия всем стандартам лечения, но и помогает улучшить результаты лечения пациентов и снижает травматизм и несчастные случаи, оставаясь в курсе последних технологий и техник в уходе за больным.

3. Не навреди!

Этот принцип предполагает, что любое решение может нести потенциальный вред другому человеку или обществу - даже если это сделано в интересах отдельного пациента. Поэтому важно взвешивать все потенциальные риски и выгоды, следовать процедурам обеспечения безопасности, протоколам и лучшим практикам.

4. Справедливость

Принцип справедливости гласит, что во всех медицинских решениях должен быть элемент справедливости. Это означает, справедливость в принятии решений. Для медицинских работников, осуществляющих уход на дому, это означает наличие разработанных стандартов с целью обеспечения ухода, лечения и предоставления услуг пациентам независимо от возраста, расы, религии, пола, национального происхождения или наличия инвалидности.

Уход на дому, предоставляемый врачом, медсестрой, должны быть ориентированы на предоставление квалифицированной медицинской помощи с выражением сострадания и уважением к человеческому достоинству и правам. Медсестра должна уважать достоинство и частную жизнь пациента, а также социальные и религиозные обычаи и традиции семьи пациента. Сюда также относится уважение и не нарушение физических и эмоциональных границ между медицинским сотрудником и пациентом или их представителем [6].

Медицинские сотрудники, предоставляющие уход на дому должны поддерживать стандарты профессионализма. Важным аспектом является соблюдение конфиденциальности информации о пациентах. Врач, медсестра или помощник врача может разглашать конфиденциальную информацию только с разрешения пациента или его представителя, в соответствии с законодательством.

Медицинский работник, перед началом предоставления сестринского ухода на дому, должны убедиться, является ли дом соответствующей средой для диагностики и лечения конкретного пациента, в том числе оценить среду на свою личную безопасность.

Перспективы пациента

С точки зрения пациента, домашний уход может быть предпочтительнее стационарной помощи, потому что он может:

- снизить риск медицинских ошибок- медсестра на дому занимается только одним пациентом;
- уменьшить риск внутрибольничных инфекций;
- увеличить выбор пациента- пациенты дома могут носить то, что они хотят, есть, что хотят и т.д.

Кроме того, многие пациенты с неизлечимыми заболеваниями предпочитают уход на дому, потому что они предпочитают умереть дома, а не в больнице или другом учреждении.

ЧАСТНЫЕ ВОПРОСЫ

I. КОММУНИКАТИВНЫЕ НАВЫКИ.

Одним из требований к медсестре, осуществляющей уход на дому является развитие коммуникативных навыков при общении с пациентом и оказании ухода.

Заботливое отношение между медсестрой и лицом, нуждающимся в уходе, описывается как ключевая концепция в уходе и может способствовать восстановлению здоровья и исцелению с учетом подлинных потребностей человека. Хороший уход строится на доверительных отношениях. Доверительные отношения между медсестрой и лицом, нуждающимся в медицинской помощи, являются необходимым условием для результативного ухода на дому. Доверительные отношения требуют сознательных усилий со стороны медсестры и выбора уровня отношений. Доверительные отношения могут быть поняты как баланс между уязвимостью и достоинством т.е. снижение уязвимости и поддержание достоинства. Заботливое отношение также может быть определено как отношение, способствующее здоровью и исцелению с учетом подлинных потребностей человека. Когда заботливое отношение отсутствует человек остается один со своей тревогой, страхом и болью. [8] Исследования показывают, что в ходе ухода за умирающими пациентами в больнице также возникают доверительные отношения между медсестрой и пациентом, исследования также показывают различия в опыте медсестер при уходе за умирающими людьми в больнице, и при домашнем уходе. В условиях стационара, медсестра должна обеспечивать семью возможностью принять участие в заботе о человеке, а в условиях ухода на дому медсестра как бы была приглашена к участию в повседневной жизни семьи в условиях ухода за умирающим человеком. Исследования показывают, что негативные отношения увеличивают страдания пациента. [8]

Большое значение в установлении взаимоотношений «медсестра-пациент» имеет первая встреча, первый контакт, так как это может повлиять на дальнейшее развитие отношений между медсестрой и пациентом. В первый раз медсестра посещает дом этого человека в качестве незнакомца, поэтому необходимо представиться и указать свою должность и профессиональную роль. Нахождение в доме этого лица, означает, действовать как гость и соблюдать

условия данного лица. Когда первые встречи и контакты хорошо установлены, далее могут быть построены более расслабленные отношения, где медсестра, и пациент хорошо знают друг друга. Но даже при этом, медсестра все еще остается профессионалом, но разговор может быть более личным, не будучи частным. Отношения растут, если медсестры чаще делают посещения на дому и оказывают поддержку. Опыт показал, что при домашних визитах устанавливаются более доверительные отношения, чем при госпитальном уходе. Медсестры в таких случаях более информированы и владеют более подробной информацией и получают более полную картину истории жизни человека. [8]

В качестве барьеров для отношений могут быть предыдущий негативный опыт посещений медицинскими работниками, желание пациента сохранить дистанцию и самостоятельность. Одним из барьеров является также высокая нагрузка медсестер, когда им приходится сокращать время встречи, и общение ограничивается лишь выполнением манипуляций. Ограниченное время может привести к ограничению отношений и негативному восприятию. Все это имеет важное значение особенно при наличии языкового барьера [8].

II. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩИЕСЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ И СОСТОЯНИЯ ПРИ ОКАЗАНИИ СЕСТРИНСКОГО УХОДА НА ДОМУ

1. СЕСТРИНСКИЙ УХОД НА ДОМУ ПАЦИЕНТАМ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ (ХСН)

Что мы знаем?

- Сердечная недостаточность (СН) представляет собой сложный континуум сердечной недостаточности, который может развиваться как следствие ишемической болезни сердца, артериальной гипертензии, сахарного диабета и множества других состояний, сопровождающиеся повреждением сердца. Несмотря на улучшение понимания этиологии и достижений в лечении, заболеваемость и распространенность ХСН растут, показатели госпитализации и повторных госпитализаций остаются высокими, а экономические затраты, связанные со стационарным лечением сердечной недостаточности, ложатся тяжелым бременем на системы здравоохранения. Плохая преемственность оказания медицинской помощи на амбулаторном уровне, дефицит знаний пациента / лица, осуществляющего уход, относительно схем лечения, отсутствие приверженности лечению, несоблюдение требований из-за проблем с лечением (например, диета с низким содержанием натрия) являются препятствиями для эффективного долгосрочного лечения заболевания.

- Основными мерами эффективности оказания помощи лицам с ХСН являются снижение показателей повторной госпитализации по поводу сердечной недостаточности и улучшение оказания медицинской помощи лицам с сердечной недостаточностью.

- Американская ассоциация кардиологов рекомендует применять междисциплинарный подход в лечении сердечной недостаточности у пациентов с высоким риском повторной госпитализации для содействия приверженности медикаментозной терапии (оптимальной медикаментозной терапии).

Описание / этиология:

Сердечная недостаточность (СН)- является прогрессирующим клиническим синдромом, при котором сердце не может перекачивать достаточное количество крови к органам из-за функциональных или структурных изменений миокарда. Несмотря на развитие технологий помощи тааким пациентам (в том числе трнсплантация сердца, имплантация искусственного левого желудочка и др), более 50% больных умирают в течение 5 лет от постановки диагноза (данные Европейской ассоциации кардиологов).

Диагноз обычно основывается на клинических симптомах, истории болезни пациента, а также результатах лабораторных и инструментальных исследований, в том числе данных эхокардиографии. Американский колледж кардиологов и Американская ассоциация сердца выделяют 4 стадии СН;

> Стадия А: Нет идентифицируемых структурных изменений сердца или симптомов, но высок риск развития ХСН;

> Стадия В: структурные изменения сердца без симптомов СН;

> Стадия С: были либо имеются текущие симптомы СН, связанные со структурной патологией сердца;

> Стадия D: устойчивая ХСН, требующая расширенной поддержки.

Нью-Йоркская аасоциация сердца классифицирует ХСН в четыре функциональных класса, основанных на ответе на физическую активность:

I Функциональный класс (ФК)- пациент бессимптомен либо хорошо переносит нормальные уровни физической активности;

II ФК- симптомы возникают при обычной деятельности;

III ФК- симптомы появляются при легких нагрузках;

IV ФК-симптомы возникают в покое.

Лечение СН зависит от типа, стадии и этиологии болезни, лежащей в основе, в том числе гипертонии (АГ), сахарного диабета (СД), метаболического синдрома, атеросклероза и ишемической болезни сердца (ИБС), которые должны быть устранены либо взяты под контроль. Изменение образа жизни, для уменьшения воздействия известных факторов риска, СРТ (сердечно-ресинхронизирующая терапия) и фармакологическое лечение, в настоящее время предоставляют пациентам с СН возможности успешного лечения и воздействия на качество жизни. В тяжелых упорных случаях, имплантация механических вспомогательных устройства (например,

искусственный левый желудочек) или сердечная трансплантация являются вариантами лечения. Лекарства включают в себя ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента (иАПФ), блокаторы рецепторов ангиотензина (АРА/БРА), модуляторы синусового узла (ивабрадин), ингибитор ангиотензин-рецептор неприлизин (ARNI), бета-блокаторы, диуретики и инотропные агенты. Имплантируемые сердечные дефибрилляторы (ИКД) могут быть использованы для предотвращения аритмии и внезапной сердечной смерти.

Факты и цифры:

ХСН является преимущественно болезнью пожилого возраста; заболевание затрагивает почти 10% лиц в возрасте > 65 лет. Хотя выживаемость у пациентов с СН в последние годы улучшилась, общий уровень смертности 5 лет остается на уровне ~ 50%. [10].

Факторы риска:

Имеется множество заболеваний и состояний, которые вносят свой вклад в развитие ХСН, в том числе артериальная гипертензия (присутствует у 75% пациентов с ХСН), ИБС, СД, инфаркт миокарда, анемия, клапанная болезнь сердца, легочная эмболия, кардиомиопатия (которая может развиваться в результате различных заболеваний, в том числе связанных с употреблением алкоголя, вирусных инфекций, амилоидоза или мышечной дистрофии), инфекции (например, миокардит, эндокардит, ВИЧ), аритмия, пороки сердца (например, дефект межжелудочковой или межпредсердной перегородки), ожирение, курение, тиреотоксикоз (т.е. гиперметаболический клинический синдром, который возникает в результате аномально повышенного уровня гормонов щитовидной железы). Многочисленные лекарственные препараты могут вызывать или усугублять ХСН; они включают анальгетики (например, НПВС, ингибиторы циклооксигеназы-2), ингаляция летучих анестетиков (например, десфлуран), внутривенные анестетики (например, дексмететомидин), противодиабетические лекарства (например, тиазолидиндионы), антиаритмические препараты (например, Dronedarone), антигипертензивные препараты (например, дилтиазем), антибактериальные препараты (например, итраконазол), противораковые препараты (например, антрациклины, алкилирующие агенты, антиметаболиты, таргетная терапия, таксаны),

гематологические препараты (например, анагредид), неврологические и психиатрические лекарства (например, стимуляторы, противосудорожные, антидепрессанты, антипаркинсонные препараты, лекарства против мигрени, стабилизаторы настроения), офтальмологические препараты, легочные препараты (например, босентан), ревматологические агенты (например, ингибиторы фактора некроза опухоли), противомаларийные, и урологические агенты (например, доксазосин).

Признаки и симптомы / Клинические проявления:

Признаки и симптомы ХСН включают усталость, одышку, ортопноэ и задержку жидкости. Клинические проявления, связанные с задержкой жидкости включают периферические отеки, взбухание яремных вен, асцит, застойную гепатомегалию, и увеличение веса.

Симптомы, связанные с отеком легких включают пароксизмальную ночную одышку, тахипноэ, легочные хрипы и акроцианоз.

Оценка

Анамнез пациента:

- Спросите о личной или семейной истории потенциальных причин ХСН, в том числе АГ, СД, дислипидемии, сосудистых заболеваний, ИБС, болезнь клапанов сердца.

Физикальные данные, представляющие особый интерес:

- набухание яремных вен наводит на мысль о задержке жидкости из-за ХСН;
- может присутствовать смещение верхушечного толчка и наличие шумов сердца (сердечных шумов, ритма галопа (добавочный третий тон), и расщепление 2 тона);
- могут быть отмечены хрипы в легких, отек легких;
- гепатомегалия и свидетельство асцита и желтухи могут возникать в случаях ХСН с печеночным застоем;

Лабораторные тесты, которые должны быть назначены:

- Общий анализ крови может выявить инфекцию или анемию, если она присутствует.
- Липидный профиль может выявить гиперхолестеринемию, что указывает на возможное развитие атеросклероза, что повышает риск развития ИБС.

- Функции печени могут быть изменены из-за перегрузки печени в случае ХСН с задержкой жидкости.

- Почечные функциональные тесты могут быть изменены, что свидетельствует о почечной дисфункции, связанной с кардиоренальным синдромом, общим осложнением ХСН.

- Анализы электролитов плазмы могут быть изменены. Аномальные уровни калия могут вызывать аритмии и внезапную сердечную смерть. Аномально низкие уровни натрия могут указывать на гипонатриемию, которая указывает на тяжелый ХСН и плохой прогноз.

- Анализ мочи может определить протеинурию, что увеличивает риск прогрессирующей почечной дисфункции и сердечно-сосудистых заболеваний.

- BNP и NT-про BNP уровень в крови может быть повышен, что указывает на ХСН и коррелирует с тяжестью заболевания.

Другие диагностические тесты / Исследования:

- ЭКГ поможет определить нарушения сердечного ритма;
- Рентген грудной клетки поможет выявить гипертрофию желудочка, кардиомегалию, и отек легких;
- Эхокардиография может показать признаки заболеваний сердечных клапанов и оценить фракцию выброса (ФВ) и дифференцировать ХСН с сохраненной (ХСН сФВ) и сниженной фракцией выброса (ХСНснФВ);
- МРТ сердца может оценить ФВ и определить лежащие в основе нарушения (например, ишемическая болезнь сердца, заболевания клапанов сердца, перикардит, кардиомиопатия);
- Катетеризация сердца может найти доказательства ИБС;
- Нагрузочные тесты могут быть проведены для оценки ишемической болезни сердца и оценки переносимости физических нагрузок;

Цели лечения

> Содействие оптимальной функции сердца для предотвращения травм и болезней:

- Мониторинг и информирование о наличии изменений в течении сердечно-сосудистого заболевания (например, жизненно важные признаки, уровень сознания, и цвет кожи, температура и влажность) и осложнения;

-Корректировка провоцирующих факторов и лечение сопутствующих заболеваний и осложнений, выполнений инструкций лечащего врача;

- Контроль дыхательного статуса; улучшение оксигенации путем придания верхней части тела пациента возвышенного положения и введение дополнительного кислорода, в соответствии с предписанием лечащего врача;

- Контроль за приемом предписанных лекарств, в соответствии с назначением. Они могут включать в себя диуретики (например, спиронолактон) для корректировки задержки жидкости; ингибиторы АПФ (например, каптоприл) или БРА (например, валсартан) для уменьшения постнагрузки; модулятора синусового узла (т.е. ивабрадина) для снижения частоты сердечных сокращений; ARNI (т.е., валсартан / sacubitril); бета-блокаторы (например, карведилол, бисопролол, метопролол) при ХСН снФВ; дигоксин, для улучшения сердечной сократимости и сердечного выброса; и вазодилататоры (например, нитроглицерин), чтобы уменьшить преднагрузку, постнагрузку и системное сопротивление; [10]

-Мониторинг эффективности лечения и побочных эффектов;

- поощрение диеты с частым приемом пищи маленькими порциями с низким содержанием натрия (2 г / день) / с ограниченной жидкостью (2 л / сут); ежедневный контроль веса;

> Обеспечение эмоциональной поддержки и обучение:

- Оценка уровня тревожности пациента и способности справиться с ситуацией; обучение и поощрение обсуждения этиологии ХСН, потенциальных осложнений, рисков и преимуществ лечения, важности соблюдения индивидуальной схемы лечения, и индивидуальный прогноз;

- Поощрение изменений образа жизни, включая уменьшение потребление соли и жидкости, поддержание здорового питания, регулярные физические упражнения, эффективное управление стрессом, и измерение веса на ежедневной основе.

Красные флаги

- Пациенты с ХСН имеют повышенный риск внезапной сердечной смерти вследствие желудочковой аритмии;

- Сердечная кахексия и значительная потеря веса у пациентов с ХСН являются плохим прогностическим признаком;

- У пациентов с тяжелой стадией ХСН (D) может развиваться гипотензия или ухудшение симптомов в ответ на ингибиторы АПФ или бета-блокаторы;

- У пациентов с ХСН при временном улучшении симптомов, часто имеет место снижение приверженности терапии;

- НПВС связаны с более высоким риском развития острого повреждения почек при использовании ИАПФ и диуретиков;

- БРА рекомендуется у пациентов с непереносимостью ИАПФ и возникновении побочных эффектов (например, отек Квинке, кашель).

Что мне нужно говорить пациенту / семье пациента?

> Советовать пациенту немедленно обратиться к врачу при появлении новых или ухудшении симптомов, в том числе увеличении веса более чем на 1 кг в день, которое может указывать на острую декомпенсацию;

> Обсудить необходимость соблюдения установленного режима приема лекарств и изменения образа жизни.

2. АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ

Описание / Этиология

Артериальная гипертензия (АГ) определяется как повышение систолического артериального давления (АД) 140 мм рт.ст. или выше и / или диастолического АД 90 мм рт.ст. или больше измеренное при двух отдельных случаях [11]. АГ часто называют «тихим убийцей», потому что она обычно протекает бессимптомно, АГ является ведущим фактором риска развития сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) и хронической болезни почек (ХБП). Нелеченая АГ может привести к транзиторным ишемическим атакам, эректильной дисфункции, аортальной недостаточности, заболеванию периферических артерий, ишемической болезни сердца (ИБС),

фибрилляции предсердий, инфаркту миокарда, сердечной недостаточности (СН), инсульту, внутримозговому кровоизлиянию, или почечной недостаточности.

Большинство случаев АГ (~ 85%), классифицируется как первичная (называемая также эссенциальной), а это означает, что основная причина повышенного АД не может быть идентифицирована. Вторичная АГ возникает у лиц как результат приема некоторых лекарственных препаратов и пищевых добавок (например, кортикостероиды, пероральные контрацептивы, растительные лекарственные средства, содержащие солодку или эфедрин), заболеваний почек, обструктивное апноэ сна (ОАС), первичный гиперальдостеронизм, гиперпаратиреоз, акромегалия, Кушинг синдром, феохромоцитомы, и коарктация аорты.

Международные руководства в настоящее время рекомендуют при диагностике АГ проводить амбулаторное измерение АД до начала медикаментозного лечения. Диагностика первичной или вторичной АГ производится на основании истории болезни пациента, клинических проявлений и результатов лабораторных исследований с целью выявления основной причины. Пациенты должны вестись на основе общего сердечно-сосудистого риска, а не ориентироваться только на уровень артериального давления. Лечение включает в себя снижение АД, чтобы снизить риск осложнений и смерти, и включает в себя обучение пациентов об изменении образа жизни (диета, поведенческие факторы риска и приверженность фармакотерапии). Основные классы антигипертензивных препаратов включают диуретики, ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента (иАПФ), блокаторы рецепторов ангиотензина (БРА), бета-блокаторы, и блокаторы кальциевых каналов (БКК). В некоторых случаях требуется операция (например, односторонняя адреналэктомия при первичном альдостеронизме из-за альдостерон-секретирующей аденомы). DASH [Диетические Подходы к Остановке Гипертонии] диета является общим диетическим подходом к управлению АГ, и включает в себя включение умеренного потребления обезжиренных молочных продуктов, высокое потребление свежих фруктов, овощей, орехов и семян, ограниченное потребление хлорида натрия, и замена очищенного зерна с цельными зёрнами (Рис.1).



Рисунок 1. DASH диета (Диетические подходы к остановке гипертензии).
Источник: National Heart, Lung and Blood institute, UK. Представляет собой руководство по потреблению различных видов пищи, общей калорийностью 2000 калорий для снижения артериального давления

Факты и цифры

АГ затрагивает около 1 миллиарда человек во всем мире, более половины из них старше > 60 лет. Риск сердечно-сосудистых событий удваивается с каждыми 20/10 мм рт.ст. увеличенного АД свыше 120/80 мм рт. Гипотензивная терапия снижает риск инсульта на 35-40%, риск развития инфаркта миокарда на 20-25%, а риск сердечной недостаточности на > 50%. По оценкам, 50-80% пациентов с АГ не принимают лекарства, как предписано.

Факторы риска

Мужчины, пожилые пациенты, подвержены повышенному риску АГ. Дополнительные факторы риска включают семейную историю АГ, ожирение, СД, избыточное потребление натрия, стресс, отсутствие физической активности, курение, сокращение продолжительности сна и чрезмерное потребление алкоголя. Пожилой возраст и ожирение являются основными факторами риска для устойчивой АГ (то есть, АД, которое остается выше поставленных целей, несмотря на одновременное использование по крайней мере 3 антигипертензивных препаратов).

Признаки и симптомы / Клинические проявления

АГ, как правило, протекает бессимптомно. Заметно повышенное АД может быть связано с головной болью, головокружением, нечеткостью зрения, а также изменениями сетчатки (например, кровоизлияния, экссудаты, сужение артериол).

Оценка

• Физикальные данные, представляющие особый интерес

• Экстремально повышенные уровни АД (например, стадия 2 АГ) может вызывать головную боль, тошноту, рвоту, судороги, ретинопатию, нарушение зрения, боль в груди, одышку, очаговый неврологический дефицит, ступор, кому, отек легкого, кровоизлияние, тромбоз, эмболию, острую почечную недостаточность, и / или боль в животе.

• Лабораторные тесты, которые должны быть назначены

• Тест толерантности к глюкозе, который может выявить пациентов с СД;

• Биохимический анализ крови может показать повышенные уровни мочевины и креатинина, что свидетельствует о дисфункции почек;

• Анализ мочи может выявить гематурию или протеинурию у больных с почечной дисфункцией.

• Другие диагностические тесты / Исследования

• ЭКГ может быть патологическим, и свидетельствовать о гипертрофии левого желудочка;

• Рентген грудной клетки может показать расширение сердца.

Цели лечения

• > Содействие оптимальному физиологическому статусу и снижению риска осложнений:

• Мониторинг АД и других жизненно важных параметров через определенные промежутки времени, контроль всех физиологических систем (особенно сердечно-сосудистой системы, органов дыхания, почек и неврологического статуса) и обзор результатов лабораторных исследований, немедленное сообщение об отклонениях в лабораторных тестах лечащему врачу, и лечение согласно назначениям.

• Очень важно правильно измерять АД, в том числе правильное положение больного во время измерения и подбор манжеты.

• Управление назначенной гипотензивной терапией, такими как, диуретики (например, гидрохлоротиазид), ингибиторы АПФ (например, каптоприл), БРА (например, лозартан), бета-блокаторы (например, атенолол), и / или БКК (например, амлодипин); контроль эффективности лечения и побочных эффектов;

• Многие пациенты требуют лечения с комбинацией 2-х или более антигипертензивных препаратов из разных классов для достижения целевых уровней АД;

• Хотя целевое АД <140/90 мм рт.ст. является стандартом для общей популяции пациентов с АГ, более низкие целевые значения АД (например, <130/80 мм рт.ст.) устанавливаются для пациентов с сахарным диабетом или ХБП:

• Пациенты, старше 60 лет: начать лечение у больных с АД > 150/90 мм рт.ст. и добиваться снижения ниже этих пороговых значений; систолическое АД <140 мм рт.ст. является приемлемым, если оно хорошо переносится, не оказывает отрицательное воздействие на здоровье и качество жизни пациента;

• Пациенты, младше 60 лет, в том числе с ХПН или СД: начать лечение у больных с АД > 140/90 мм рт.ст. и добиваться значений ниже этих порогов.

• Рекомендуются:

• В целом, исходная терапия должна включать в себя диуретики, БКК, ингибиторы АПФ, или БРА;

• У пациентов с ХПН, исходная или дополнительная терапия должна включать ингибиторы АПФ или БРА для улучшения почечной функции.

• > Обеспечение эмоциональной поддержки и обучение:

- Оценка уровня тревоги пациента и способности справиться с ситуацией; обеспечение эмоциональной поддержки, обучение и поощрение обсуждения этиологии АГ и процесса заболевания, риски для здоровья, связанные с АГ, риски и польза терапии, о важности соблюдения режима лечения и изменения образа жизни, и индивидуальном прогнозе;

- В случае необходимости направление в школы пациентов с АГ, бросающих курить, поддержка отказа от алкоголя;

- По возможности направить на консультацию диетологу для оценки питания пациента и в целях обучения здоровому питанию (например, DASH диета).

Пища для размышления

- Плохая приверженность антигипертензивной терапии значительно повышает риск развития сердечно-сосудистых событий, госпитализации, а также расходы на здравоохранение, а также значительно снижает качество жизни пациентов;

- Почечная симпатическая денервация является новым средством для лечения рефрактерной АГ, в котором радиочастотная энергия доставляется через катетер, чтобы деактивировать почечные нервы, что уменьшает АД [12];

- Воздействие загрязнения воздуха может быть фактором риска для АГ. Исследователи, которые провели мета-анализ 15 популяционных когорт, включая 113,926 пациентов обнаружили слабую положительную корреляцию между загрязнением воздуха выхлопными газами и риском АГ [13];

- В систематическом обзоре 70 исследований, авторы сообщили, что использование диетотерапии в лечении АГ, в том числе диетических подходов на основе DASH диеты, ограничение потребления алкоголя, увеличение потребления калия и кальция, а также ограничение пищевой соли является полезным в снижении АД у взрослых от 18 лет и старше. [14].

Красные флаги

- Ингибиторы АПФ и БРА противопоказаны при беременности;

- Несмотря на то, что систолическая АГ является одним из основных факторов риска ИБС, более низкое диастолическое АД уменьшает коронарную перфузию и связано с увеличением заболеваемости ИБС; диастолическое АД не должно снижаться <60 мм рт.ст. у пациентов с ИБС.

Что мне нужно сказать пациенту / семье пациента?

- Обучать важности соблюдения предписанного режима лечения антигипертензивными препаратами:

- Объясните, что пациентам, испытывающим побочные эффекты от приема антигипертензивных препаратов не следует прекращать лечение, не обсудив ситуацию с их лечащим врачом, так как возможно внезапное повышение АД;

- Объясните, что следует немедленно сообщать о развившейся гипотонии, важно медленно изменять положение тела, и, возможно, пожилым пациентам потребуется использование вспомогательных устройств для предотвращения падений, которые могут возникнуть в результате головокружения.

- Распространение информации о том, как правильно контролировать АД в домашних условиях и объяснить каким образом должно происходить изменение образа жизни, которое является важным компонентом любой схемы лечения АГ (например, аэробные нагрузки [не менее 30 минут активной ходьбы каждый день], по возможности снижение веса; практика метода релаксации для управления стрессом; употребление диеты с пониженным содержанием соли [<2,4 г в день], в том числе мониторинг потребления соли и отказ от консервов, фаст-фуда; увеличение потребления калия [например, сушеные инжир, бананы, грибы, и апельсиновый сок], отказ от никотина, и ограничение потребления алкоголя).

3. РЕАБИЛИТАЦИЯ ПОСЛЕ ИНСУЛЬТА

Что мы знаем?

- Инсульт часто приводит к нарушенному контролю баланса, вследствие пареза, потери чувствительности, изменения мышечного тонуса, атаксии, нестабильности сустава и пространственной дезориентации;

- Нарушение баланса и слабый контроль движения и позы в положении стоя или сидя позиции имеет серьезные негативные последствия для перенесших инсульт за счет увеличения риска падения, ограничивая независимость в повседневной деятельности, снижение доверия и задержки функционального восстановления и походки;

- Улучшение баланса является одним из основных компонентов реабилитационных мероприятий для пациентов после инсульта;
 - Улучшение баланса и упражнения сопротивления значительно улучшают походку у пациентов после инсульта [17]
 - Используются разнообразные тесты на координацию баланса и шкалы для оценки проблем баланса у больных после инсульта.
 - Цели процесса физической реабилитации для пациентов, перенесших инсульт, включают восстановление функции путем улучшения контроля положения, баланса, независимости, походки, и способности социального участия в обществе, а также снижения риска вторичных осложнений (например, падение, контрактуры);
 - Постуральное управление (управление положением тела) является приоритетом у пациентов после перенесенного инсульта; у пациентов после инсульта, как правило, имеется замедление движений или отсутствует ответ баланса; крайне важно, чтобы процесс физической реабилитации происходил медленно, с выбором проблем, подходящих для способностей пациента;
 - Только после того как пациент будет способен поддерживать положение тела и статическую устойчивость, можно переходить к обучению по балансу центром тяжести с акцентом на удержание симметричного веса;
 - Сложность реабилитационных мероприятий увеличивается постепенно;
 - С целью вселения уверенности и предотвращения падений в начале процесса реабилитации могут быть использованы различные поддерживающие устройства;
- Физические упражнения для реабилитации после инсульта
способны:

- увеличить скорость ходьбы;
- уменьшить количество помощи, необходимой при ходьбе;
- увеличить мышечную силу;
- улучшить функциональные характеристики;
- увеличить выносливость;
- уменьшить беспокойство пациента;
- улучшить походку.

Афазия у пациентов с инсультом:

Инсульт является наиболее распространенной причиной афазии, которая представляет собой приобретенное языковое расстройство,

возникающее в результате повреждения головного мозга, которое обычно происходит в языковом доминантном левом полушарии мозга. Афазия значительно увеличивает стоимость лечения пациентов с инсультом. Прогноз для полного восстановления афазии в сверхострой фазе хороший, и афазия разрешается у 90% пациентов в течение 6 месяцев; результаты в течение первого года могут быть точно предсказаны с помощью фонологической оценки (фонология - это наука о закономерностях и распределении звуков в речи). В зависимости от типа афазии пациенты не могут говорить, понимать речь, читать и / или писать [18]. Пациент может иметь более одного типа афазии, включая следующие:

-Глобальная афазия, которая считается наиболее тяжелой формой, приводит к неспособности говорить, понимать речь, читать и писать;

-Афазия Брока (также называемая выразительной афазией), которая приводит к затруднениям при разговоре и письме; такие пациенты часто пропускают слова и плохо строят предложения, но способны понимать речь;

-Афазия Вернике (также называемая рецептивной афазией), при которой способность говорить остается неизменной, но понимание ухудшается. Такие пациенты обычно говорят бессвязно, неправильно используют слова, заменяют одно слово другим и / или составляют слова;

-Аномическая афазия, которая является легкой формой, заставляет больного забыть слова, в том числе имена пациентов и названия предметов;

-Примерно у 200 000 человек ежегодно диагностируется афазия, и 80 000 из этих случаев произошли в результате инсульта [19];

-Афазия встречается примерно у трети выживших после инсульта

Что мы можем сделать?

- Получать знания о передовых методиках ухода для восстановления баланса у пациентов, перенесших инсульт с учетом их индивидуальных характеристик;
- Проводить ранний скрининг пациентов с нарушениями баланса до начала активного самостоятельного передвижения;
- Раннее привлечение реабилитолога для комплексной оценки и разработки индивидуального режима лечения дисфункции баланса;

- Поощрять усилия по восстановлению своих пациентов в целях содействия восстановлению после инсульта;

- Уменьшить риск падения в соответствии с рекомендациями по вопросам безопасности пациентов;

- Для того, чтобы обеспечить высокое качество ухода за пациентами, специалисты по реабилитации должны тщательно адаптировать план лечения для каждого пациента в зависимости от степени и видов нарушений, цели пациента и предшествующего функционального уровня пациента. Последовательный мониторинг прогресса пациента и последующего изменения плана лечения на основе реакции пациента имеет решающее значение.

Обучите своих пациентов и членов их семей тому, что для эффективного общения с больным с афазией необходимо:

- привлечь внимание человека до начала общения;
- уменьшить фоновый шум и разговаривать нормальным тоном;
- использовать простые фразы и предложения, говоря медленно, подчеркивая ключевые слова и повторяя сказанное в случае необходимости;

- использовать альтернативные стратегии для общения, включая наглядные пособия и жесты, и поощрять человека с афазией делать то же самое;

- предоставлять адекватное время пациенту с афазией, достаточное, чтобы говорить и отвечать, и избегать завершения до того, как пациент пытается сказать, пытаясь уменьшить его / ее разочарование [20].

4. ПРОЛЕЖНИ

Что мы знаем

- Травмы, возникающие вследствие давления тела, называются «пролежнями» - локализованные, часто болезненные, области поврежденной кожи и / или подлежащих мягких тканей в результате длительного или интенсивного давления, или комбинации давления и сдвига. Кожа на месте пролежня может быть неповрежденной либо же травма может выглядеть как открытая рана. Пролежни обычно возникают на костных выступах или в местах, где медицинские или другие устройства, или поверхности оказывают длительное давление на кожу. Факторы, которые могут усиливать вредное воздействие

давления и сдвига, включают продолжительное увлажнение кожи, плохое питание и плохую перфузию.

Стадии развития пролежней включают: I стадия – заметное покраснение кожи (эритема), которая не исчезает после смены положения тела пациента. II стадия – видимое истончение кожи на фоне эритемы, возникновение пузыря. III стадия – повреждение кожи и мышечной ткани. IV стадия – обширное повреждение кожных покровов и глубже лежащих тканей: мышечной ткани, сухожилий и даже костной ткани, сопровождаемое некрозом

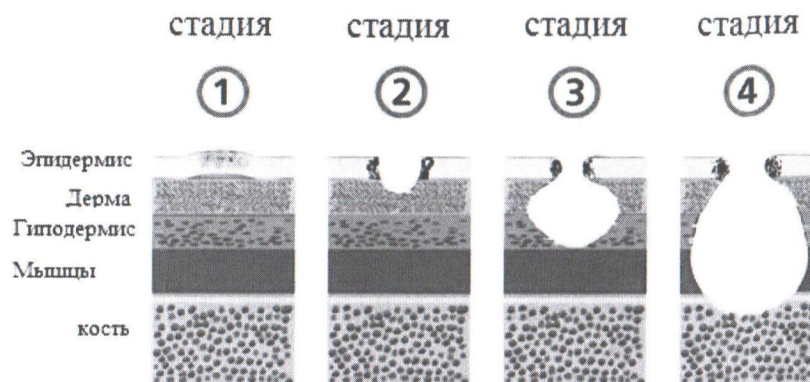


Рисунок 2. Стадии развития пролежней. Источник: Nanoxyde, 2008. Licensed under Creative Commons Attribution-Share Alike 3.0 Unported, 2.5 Generic, 2.0 Generic and 1.0 Generic License

- Пролежни могут развиваться в любой области тела, но большинство развиваются на костных выступах. Около 96% пролежней развиваются в нижней половине тела.

- Признаки и симптомы пролежней варьируют от эритемы с неповрежденной кожей, местного повышения температуры и уплотнения до частичной или полной потери кожи. Потеря кожи может привести к некрозу и повреждению мышц и / или костей.

- Боль, связанная с пролежнями, может влиять на сон и подвижность и ухудшать способность пациента выполнять повседневную деятельность;

- Потенциальные осложнения пролежней включают инфекцию, остеомиелит, абсцесс и сепсис; признаки системной инфекции

включают лихорадку, зловонное отделяемое, тахикардию и гипотонию, а также изменения в психическом статусе;

- годовичная смертность у пациентов с пролежнями приближается к 40%;
- По различным оценкам, 2,4% пациентов, находящихся на дому, имеют как минимум один пролежень [15]

Красные флаги

Следующие пациенты, находящиеся на дому, относятся к группе **высокого риска развития пролежней**:

- прикованные к постели, имеющие ограниченную подвижность или же привязанные к инвалидной коляске;
- с серьезным тяжелым заболеванием;
- неспособные к самообслуживанию (например, прием пищи и посещение уборной);
- имеющие пролежни в анамнезе;
- пожилые пациенты (старше 65 лет) с множеством заболеваний;
- постоянное увлажнение кожи (например, мочой, калом, экссудатом из раны);
- курящие пациенты, так как курение уменьшает перфузию тканей кислородом;
- сосудистые заболевания и гиповолемия;
- с низким индексом массы тела (ИМТ), недоеданием, гипопротеинемией, анемией или дефицитом витаминов;
- с измененным психическим статусом (то есть спутанность сознания);
- с сенсорными нарушениями;
- с недержанием мочи и кала;

Хотя большинство пролежней предотвратимы, некоторые пролежни неизбежны, несмотря на профилактические усилия из-за таких состояний, как гемодинамическая нестабильность, неизлечимая болезнь, размещение определенных медицинских устройств высокого риска и несоблюдение пациентом положения или других профилактических мер.

Различные варианты противопролежневых матрасов снижают риск возникновения пролежней. Лечение пролежней включает снижение давления (например, частое переворачивание и использование специальных устройств), обезболивание, правильное

питание и увлажнение, специальные повязки, которые поддерживают влажную среду для заживления (например, гидроколлоидные повязки), различные виды средств для удаления волос, мази для местного применения и / или хирургическое вмешательство, в зависимости от типа и стадии пролежня. Лечение пролежней зависит от стадии, варианты лечения включают в себя [16]:

- Применение защитных повязок эффективно при лечении стадии I;
- Применение влажных повязок эффективно при лечении стадии II;
- Применение абсорбирующих повязок эффективно при лечении на стадии III и IV (при подозрении на некроз может быть необходимо оперативное вмешательство и назначение антибиотиков);
- Хирургические пациенты, особенно старшего возраста или с хроническими заболеваниями, подвергаются повышенному риску развития пролежней;

Лечение должно быть направлено на реализацию «пакета помощи», который состоит из следующих элементов первоочередного сестринского ухода:

- оценка риска;
- оценка кожи;
- опорные поверхности;
- питание;
- репозиционирование.
- Для оценки должны использоваться стандартизованные шкалы (например, Брадена- Приложение 1_);
- использование специальных матрасов, подушек, накладок;
- необходимо держать пятки пациента в возвышенном положении, а колени слегка согнутыми, чтобы перераспределить вес ноги вдоль икр вместо того, чтобы все давление приходилось на ахиллово сухожилие (Рис.3);



Рисунок 3. Специальные протекторы для пятки. Источник: 2015, EBSCO Information Services

- избегать подъема головного конца кровати более чем на 30 градусов (если нет противопоказаний);
- поддержание адекватной гигиены через ежедневное купание и уход за раной, и сведение к минимуму воздействия на кожу влаги, мочи или кала;
- адекватное кормление пациента;
- тщательный мониторинг и лечение сопутствующих заболеваний, в частности, СД и ХПН;
- Оценка целостности кожи для выявления признаков пролежней, покраснения, отека и документирование всех результатов [16]

Что мы можем сделать?

- Для пациентов, получающих уход на дому, оцените существующие пролежни и риск развития пролежней. Используйте шкалу оценки риска пролежней (например, шкалу Брадена) и спросите пациента / семью пациента, были ли в прошлом пролежни. Четко документируйте выводы;
- При первичном посещении на дому оцените пациента на предмет наличия пролежней и риска развития пролежней. Посмотрите наличие пузырей, язв, покраснений, увеличения местной температуры, отека, уплотнений и провалов (выемок);
- Оцените доступность, готовность и способность лица, осуществляющего уход за членами семьи, выполнять план лечения, и

предоставить пациенту / попечителю информацию о факторах риска пролежней и стратегиях профилактики;

- Оцените качество медицинской помощи, предоставляемой пациенту, в том числе состояние питания и приверженность лиц, осуществляющих уход, рекомендованному графику переворачиваний;
- Просвещать пациентов и непрофессионалов / опекунов о важности тщательной профилактики пролежней и преимуществах поддержания мобильности, если это возможно;
- Помогать пациентам, которые не могут переворачиваться в постели чередовать положения между лежа на спине, и в боковых положениях с углом наклона 30 ° с левой и правой стороны;
- Обучать пациентов на инвалидных колясках смещать свой вес каждые 15 минут или менять положение каждый час. Предел сидения пациента в одном положении не более 2 часов за один раз;
- Использовать изделия, направленные на снижение давления, если это рекомендовано; не используйте устройства в форме круга, так как они создают области высокого давления, которые могут повредить ткани;
- Не массировать костные выступы;
- при каждом последующем посещении проводите повторную оценку кожи; обращайтесь внимание на любые изменения в целостности кожи;
- Если применимо, отметьте цвет, размер, местоположение и глубину пролежня, а также наличие отделяемого;
- Мониторинг существующих пролежней, используя принятую шкалу заживления / инструмент оценки [15];
- В соответствующих случаях рекомендуйте направление к специалисту для пациентов из группы риска или тех, у кого есть пролежни;
- Предоставьте достаточно времени для оценки потребностей в уходе за здоровьем и обучением каждого домашнего пациента и лица, осуществляющего уход, и активно слушайте их, чтобы дать адекватный ответ на любые вопросы;
- Индивидуальные вмешательства в соответствии с индивидуальными потребностями пациента;
- Для обеспечения непрерывности лечения для продолжения медицинского наблюдения, необходимо, чтобы осмотр проводился одним и тем же медицинским работником [16];

8. УХОД ЗА ПАЦИЕНТАМИ С УСТАНОВЛЕННЫМ МОЧЕВЫМ КАТЕТЕРОМ

Что представляет собой мочевой катетер?

• Мочевой катетер представляет собой трубку, которая вставляется в мочевой пузырь с целью отвода мочи. Двумя наиболее распространенными способами введения катетера в мочевой пузырь являются: через мочеиспускательный канал (то есть, трансуретральная катетеризация) и чрескожная через брюшную стенку в средней линии непосредственно над лобковой костью (т.е. надлобковая катетеризация). На рисунке 4 представлен мочевой катетер Фолея.

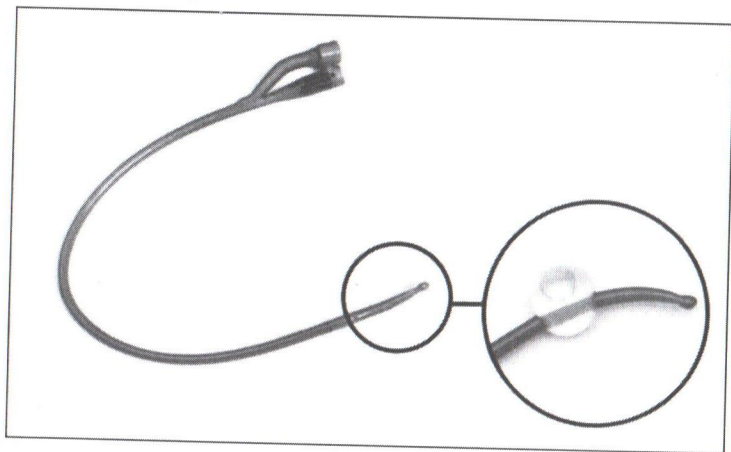


Рисунок 4. Мочевой катетер Фолея (16 мм). Copyright©2014, EBSCO Information Services

• *Навыки медицинской сестры:* регулярная оценка и осмотр места катетеризации для оценки целостности катетера и контроля за микробной инфекцией; замена катетера и внешнего мешка для сбора отделяемого, по показаниям; регулярное мытье внешнего отверстия мочеиспускательного канала; и мониторинг катетера на обструкцию. В зависимости от показаний для катетеризации и / или назначений лечащего врача уход за катетером может включать и периодическое или непрерывное орошение мочевого пузыря.

• Мочевая катетеризация выполняется с использованием асептической техники. Асептика должна также соблюдаться при сборе мочи для анализа. [21]

Каковы ожидаемые результаты при надлежащем уходе за катетером?

• Желаемые результаты ухода включают:

- поддержание катетера в функционирующем состоянии (например, уменьшить риск протечек, обструкций и перегибов);
- предотвращение раздражения кожи, местной и системной инфекции (например, катетер-ассоциированной инфекции мочевых путей (КАИМП)).

Почему важен уход за МК?

• Повседневное обслуживание мочевого катетера имеет важное значение для снижения риска:

- инфекции (например, локальной и системной);
- непроходимости катетера и / или неисправности, которые могут привести к ряду осложнений.

Факты и цифры

• В США, 15-25% всех госпитализированных пациентов устанавливаются кратковременные мочевые катетеры и у 85% пациентов в отделениях интенсивной терапии. Около 5% жителей в учреждениях длительного ухода имеют постоянные катетеры, в первую очередь, для предотвращения задержки мочи у мужчин и управления недержанием мочи у женщин [22]

• В Соединенном Королевстве, около 450 тысяч пациентов имеют постоянные мочевые катетеры. Около 3% населения в целом имеют постоянные катетеры, и 13% пациентов, получающих уход на дому [23]

• На каждый день нахождения постоянного катетера, пациент имеет 3-7% повышенный риск катетер-ассоциированной инфекции мочевых путей. Каждый год более 13000 смертей в США связаны с инфекциями мочевыводящих путей [24]

• По различным оценкам, около 4% пациентов, получающих уход на дому, имеют постоянные мочевые катетеры. Среди пациентов с длительно установленным катетером, наиболее частым осложнением является бактериурия (то есть, бактерии в моче), а затем закупорки из-за камней мочевого пузыря и кандидурия (т.е. наличие Candida организмов в моче); [23]

- Бактериурия отличается от катетер-ассоциированной инфекции мочевых путей отсутствием сильной ассоциации с бактериемией, которая является потенциально смертельным следствием КАИМП.

- Камни в мочевом пузыре развиваются благодаря сочетанию следующих двух процессов [21]:

- Инкрустация внутри МК, которая развивается в результате присоединения микроорганизмов к внешней поверхности и внутреннему просвету, который секретирует внеклеточный матрикс бактериальных белков, которые образуют биопленку;

- Наличие бактерий-продуцентов уреазы (например, *Proteus Mirabilis*), которые подщелачивают мочу и способствуют развитию кристаллов;

- Исследователи сообщают, что совокупный риск ИМП у пациента увеличивается 3-6% каждый день, пока МК остается на месте [7]

Что нужно знать, прежде чем осуществлять уход за пациентом с мочевым катетером

- Необходимо иметь знания об:

Анатомии и физиологии системы мочевых путей: основная функция почек фильтрация крови. Две бобовидные почки ~ 11 см в длину, в основном забрюшинной локализации (т.е., расположенный позади брюшины). Сзади почки частично защищены нижними ребрами.

- Мочеточники собирают мочу из почечной лоханки каждой почки в мочевой пузырь. Каждый из двух мочеточников имеет 25-30 см в длину. Моча перемещается в мочевой пузырь перистальтическими движениями гладких мышц стенок мочеточников.

- Мочевой пузырь представляет собой полый, мускульный резервуар, который хранит ~ 500 мл мочи; большинство пациентов чувствуют полный мочевой пузырь, когда объем мочи достигает 250-300 мл.

- Мочеиспускательный канал проходит от шейки мочевого пузыря через диафрагму таза к внешнему отверстию мочеиспускательного канала. Когда объем мочи в мочевом пузыре достигает 250-300 мл в нормальном взрослом мочевом пузыре, сенсорные импульсы вызывают рефлекторное сокращение мочевого

пузыря и мочеиспускательный сфинктер расслабляется, чтобы обеспечить отток мочи.

- Женская уретра имеет 7.6-10.2 см в длину; мужской мочеиспускательный канал составляет 18-20 см в длину и проходит от мочевого пузыря до наружного отверстия мочеиспускательного канала на головке полового члена.

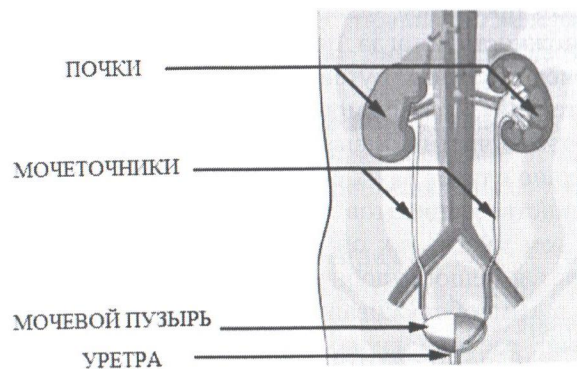


Рисунок 5. Мочеиспускательная система. Copyright © Jordi marта iNogué 2010. Creative Commons Attribution-Share Alike 3.0 Unported

- Некоторые меры предосторожности должны соблюдаться в домашних условиях при установке катетера. При обучении за уходом за катетером в больнице, медсестра, врач должен надеть нестерильные перчатки и использовать асептики для демонстрации навыков, таких как опорожнение мочевого приемника и замена мочевого приемника. В домашних условиях, гигиена рук должна быть выполнена до и после манипуляций с катетером, однако, перчатка может не потребоваться, если пациент обеспечивает самообслуживание без участия другого лица.

- Извещеие о необходимости установки катетера у большинства пациентов обычно вызывает беспокойство, смущение, шок и депрессию. Медсестры обычно думают, что уход за катетером - это простая процедура, но пациенты часто сообщают, что изучение манипуляции с катетером является стрессовым и технически трудным на начальных этапах обучения. Обеспечение образования и эмоциональной поддержки в приватной, спокойной обстановке может

уменьшить беспокойство пациента и смущение, укрепить уверенность в том, что пациент справится самостоятельно.

- Исследователи попытались изучить более глубокое понимание опыта жизни с постоянным катетером. Их основные выводы включают в себя следующее:

- пациенты сообщали, что наличие постоянного катетера помогло решить проблемы задержки и недержания мочи и дали им свободу, возможность иногда покидать дом, но у них также были инфекции мочевыводящих путей, связанные с катетером, закупорка катетера, протекания, спазмы мочевого пузыря; [23]

- Некоторые участники выразили отрицательные чувства о том, катетер негативно влияет на их самооценку; [23]

- Большинство пациентов хотели бы знать больше информации о катетере, в том числе, как он устанавливается, и как он работает, как прикрепляется мешок, удобное позиционирование мешка, а также информацию о самообслуживании, такую как ежедневная гигиена, рекомендуемый расход жидкости, и как предотвратить общие проблемы, такие как инфекции, закупорки и протечки; [23]

- Большинство пациентов сообщили, что медицинские работники неохотно обсуждают секс, каким образом катетеризация влияет на это, и многие сообщили, что, разговор о том, как наладить половую жизнь при наличии катетера было бы полезным; [23]

- Пациенты сообщили, что квалификация медсестер в замене катетера варьируется и они предпочитают видеть одну и ту же медсестру; [24]

- Пациенты выразили желание усовершенствованной конструкции катетера, для увеличения независимости и уменьшения риска осложнений; [23]

- Пациенты сообщают, что, хотя им и была предоставлена информация, некоторые до сих пор чувствовали себя слабо информированными. В результате, они экспериментировали с катетером, узнали больше об этом путем проб и ошибок, используя Интернет, чтобы найти более подробную информацию, а также путем общения с другими пациентами и организациями для получения дополнительной информации. [23]

- Катетер-ассоциированные инфекции мочевыводящих путей (КАИМП) вызывают дискомфорт, длительную госпитализацию, а также увеличение стоимости лечения и смертности. Они могут приводить к таким осложнениям, как простатит, эпидидимит и орхит

у мужчин и цистит, пиелонефрит, граммотрицательная бактериемия, эндокардит, остеомиелит позвонков, септический артрит, эндофтальмит и менингит у всех пациентов. Рекомендации по предотвращению катетер-ассоциированной инфекции мочевых путей включают следующее [24]:

- устанавливайте катетеры по мере необходимости и держите до тех пор, пока это показано и необходимо;

- Не используйте катетеры для управления недержанием;

- Удалите катетер как можно быстрее после операции, как только это станет возможным;

- Постоянно поддерживайте дренажную систему герметичной;

- Держите катетер и трубку сбора свободной от перегибов;

- Всегда располагайте мочеприемник ниже уровня мочевого пузыря;

- Никогда не ставьте мочеприемник на пол;

- При опорожнении мочеприемника, используйте чистую емкость, во избежание разбрызгивания и предотвращения контакта дренажного патрубка с нестерильным контейнером, используемым для сбора мочи;

- Замена дренажных мешков и катетеров только по клиническим показаниям (например, инфекции, обструкции, когда замкнутая система скоппрометирована), а не по графику;

- Мытье кожных покровов пациента с помощью мыла и воды во время обычной ванны или душа; не мыть периуретральную область с применением антисептика;

- Не использовать рутинно системные антимикробные агенты для предотвращения катетер ассоциированной инфекции мочевых путей.

- Инкрустация (отложение солей на внутренних стенках катетера) может блокировать поток мочи из катетера, закрывая просвет катетера. Пациенты должны быть проинструктированы как наблюдать за катетером и своевременно сообщать о наличии блока лечащему врачу. Для предотвращения инкрустации, пациентам следует рекомендовать пить много жидкости, особенно воды.

Как обучать пациента уходу за мочевым катетером

- Выполните гигиену рук и наденьте средства индивидуальной защиты (СИЗ)

- Идентифицируйте пациента с использованием по меньшей мере двух; уникальных идентификаторов или в соответствии с принятым протоколом;
- Обеспечьте приватность, закрыв дверь в комнату пациента и / или же используя ширму;
- Представьте себя пациенту и/или членам семьи и объясните свою клиническую роль;
- Оцените пациента и лицо, предоставляющее уход на дефицит знаний об использовании постоянного мочевого катетера в домашних условиях;
- Определите, если пациент / семья требует особых усилий, касающихся общения (например, из-за неграмотности, языкового барьера, глухоты); подумайте, как устранить эти коммуникационные барьеры;
- используйте язык, который понятен пациенту.
- Оценка пациента на готовность к обучению:
- Тщательно оцените физиологическое состояние пациента и связанные с ними потребности в обучении. Слушайте внимательно и задавайте соответствующие вопросы, чтобы вы могли понять проблемы, с которыми он / она сталкивается;
- Слушайте сигналы, когда пациенту требуется информация об уходе за мочевым катетером (например, «Я не могу себе представить, как я буду в состоянии пойти в магазин с мешочком мочи в руке.») Или задавать вопросы, чтобы помочь пациентам определить какую информацию они должны знать, для оптимального ухода (например, «Что вы знаете об уходе за катетером?»);
- Пациенты могут находиться на разных стадиях готовности; важно индивидуализировать подход, основанный на готовности каждого отдельного пациента.

Цель обучения пациента

- После обучения уходу за мочевым катетером пациенты должны:
 - быть в состоянии выполнить безопасный и эффективный уход за мочевым катетером, в том числе осуществлять замену мочевого катетера и удаление постоянного катетера, при наличии показаний;
 - принять стратегии для снижения риска инфицирования;
 - выявить возможные осложнения;

- иметь возможность получить необходимые средства для домашнего ухода;
- знать, когда и как связаться с лечащим врачом с вопросами и проблемами;
- получить последовательную образовательную информацию на протяжении всего курса ухода за пациентами.

Красные флаги

▣ Пациенты с повреждением спинного мозга выше уровня T-6 должны быть обучены, что раздраженный или переполненный мочевой пузырь увеличивает риск для вегетативной дисрефлексии, которая представляет собой синдром, который характеризуется внезапным повышением давления до чрезмерно высоких цифр; **требует оказания неотложной медицинской помощи**; Лечение включает в себя выявление и устранение инициирующего события (например, опорожнение мочевого пузыря) и введение быстродействующих гипотензивных агентов

▣ Использование членов семьи, друзей и непрофессионального персонала в качестве переводчиков, без согласия пациента, является нарушением права пациента на конфиденциальность;

▣ У пациентов с КАИМП, бактерии могут быстро подниматься через мочеточники в почки, что может привести к **повреждению почек и / или сепсису**

▣ Стойкий диурез <30 мл / час может указывать или привести к **повреждению почек**

▣ Что мне нужно говорить пациенту / его семье?

- Обязательно говорите пациенту о стратегиях по снижению катетер ассоциированной инфекции мочевых путей, подчеркивая, как важно:
 - держать трубку катетера свободной от перегибов;
 - всегда позиционировать мочеиспускательный катетер ниже уровня мочевого пузыря;
 - никогда не держать мочеиспускательный катетер на полу;
 - пить много воды и другие жидкости для удаления бактерий, уменьшить риск формирования мочевых камней и предотвращения инкрустации;
 - Объясните, либо при необходимости продемонстрируйте на пациенте и / или используйте картинки для обучения о том, как

аккуратно очистить область возле установленного катетера во время обычного купания или принятия душа с мылом и водой.

- подчеркнуть важность вызова лечащего врача, если появляются новые или ухудшаются имеющиеся признаки и симптомы;

- Опишите, как свободно закрепить катетер к ноге с помощью клейкой ленты, чтобы свести к минимуму травму канала, развитие эрозии мочеиспускательного канала, спазмов мочевого пузыря и случайное удаление катетера;

- Объясните, как опорожнить мочевой дренажный мешок, продемонстрируйте процедуру. Подчеркнуть необходимость сливать мочу в чистую емкость или непосредственно в туалете, во избежание разбрызгивания и предотвращения контакта дренажного патрубка с нестерильными предметами. Объясните, что мочеприемник должен быть опорожнен при половинном заполнении (например, каждые 3-6 часов), перед сном, и перед заменой мочеприемника. Обучайте гигиене рук.

- Если требуется проводить замеры диуреза, обеспечьте пациента мерным цилиндром для домашнего использования и убедитесь, что пациент может правильно учитывать и записывать результаты:

Пациенты с низким уровнем грамотности могут вести неправильный подсчет диуреза.

- Опишите возможные осложнения, включая инфекции, гематурию, эрозии мочеиспускательного канала, стриктуры, травмы, камни в мочевом пузыре, пролежни, сепсис, заболевания почек или почечная недостаточность и рак мочевого пузыря. Подчеркните важность мониторинга и оперативного вызова лечащего врача при появлении мутной, зловонной мочи; повышенной температуре; зуде, сыпи или жжении вокруг катетера; полный мочевой пузырь или опасение, что катетер выпал; кровь в моче; протечки вокруг трубки; или если катетер выпадает.

6. УХОД ЗА ПАЦИЕНТОМ СО СТОМОЙ

- Стома представляет собой хирургическое отверстие между полостью тела и поверхностью тела, которое создается, чтобы установить альтернативный внешний проход для слива продуктов жизнедеятельности организма из желудочно-кишечного тракта или мочевого пузыря у лиц, у которых желудочно-кишечный тракт или мочевой пузырь не может нормально функционировать из-за врожденного дефекта, болезни или травматического повреждения (Рис.6).

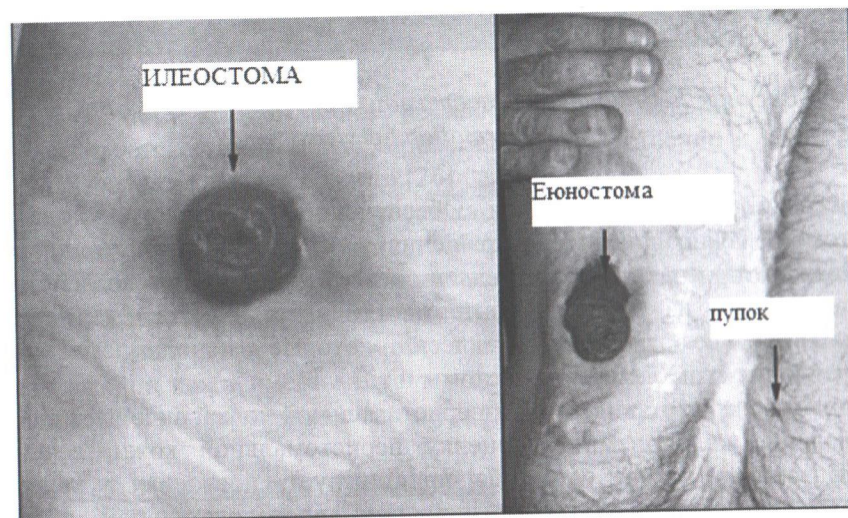


Рисунок 6. Илеостома, еюностома. Обычно стомы имеют розово-красный цвет, при трении могут кровоточить. Copyright© Remedios44, 2010. Licensed under Creative Commons Attribution-Share Alike 3.0 Unported, 2.5 Generic, 2.0 Generic and 1.0 Generic License; Copyright© Le67, 2012. Licensed under Creative Commons Attribution-Share Alike 3.0 Unported License

Кожа вокруг стомы называется перистомальной кожей. Отделяемое через стому собирается в устройстве, который представляет собой осушаемый пластиковый пакет, прикрепленный с помощью клея к коже (Рис.7).

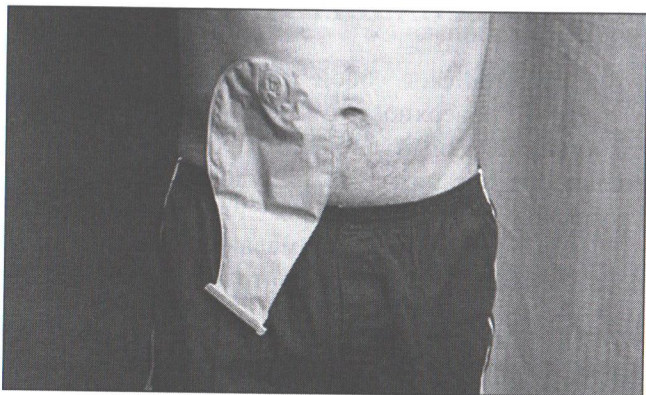


Рисунок 7. Пациент с илеостомой. Copyright ©2014, EBSCO Information Services

- **Сестринские навыки:** Обеспечение регулярного ухода за стомой важно для предотвращения раздражения перистомальной кожи, которое в первую очередь происходит в результате воздействия отделяемого из стомы и контакта или аллергического дерматита, вызванного воздействием клеев, которые используются для крепления стомы, материала стомы и тд.

- **Как:** Уход за стомой и перистомальной кожей включает в себя удаление калоприемника, оценку перистомальной кожи, лечение раздражения кожи, если оно присутствует, повторная установка калоприемника, а также выполнение последовательной оценки раздражения.

- **Кто:** Уход за стомой осуществляется медсестрами, врачами, пациентами и соответствующим образом подготовленными членами семьи.

Каковы результаты ухода за стомой?

- уход за стомой предусмотрен для предотвращения раздражения кожи вокруг стомы, определения и устранения причин раздражения, если оно присутствует, и предотвращение дальнейшего раздражения и экскориации.

Почему важен уход за стомой для предотвращения осложнений кожи?

- Обеспечение регулярного ухода стомы важно для предотвращения кожных повреждений (например, сыпь, волдыри, изъязвление) и инфекции на месте стомы.

Факты и цифры

- Авторы исследования, проведенного в Англии пришли к выводу, что раннее выявление и лечение осложнений перистомальной кожи может уменьшить медицинские расходы до 28 млн £. Лица со стомой требуют последовательного обучения и руководства, чтобы помочь им в раннем выявлении осложнений кожи вокруг стомы [25]

- Если у пациента нет проявлений повреждения кожи, то рекомендуется, чтобы мешок прилегал непосредственно к коже без использования клеящих средств; [26]

- У пациентов с кишечными стомами, сама стома не должна очищаться, так как она создана для сбора каловых масс; [27]

- Перистомальные осложнения кожи, в том числе раздражения, распространены среди пациентов со стомой; [28]

- У пациентов со стомой, которые имеют перистомальное раздражение кожи имеет место значительно более низкое качество жизни (КЖ) по сравнению с теми, у кого не развивается раздражение.

Что нужно знать, прежде чем начать уход за стомой для предотвращения осложнений со стороны кожи

- Перистомальные осложнения кожи включают:

- острый дерматит, который может начаться вследствие воспаления кожи и развиваться в пузыри, в результате продолжительного контакта отделяемого с окружающей кожей;

- хронический дерматит, который может развиваться из-за многократного контакта, отделяемого с перистомальной кожей в течение продолжительного времени;

- аллергический дерматит, который возникает как аллергическая реакция на клей, который используется, чтобы прикрепить калоприемник, материал самого калоприемника и/или средства по уходу за стомой;

- Повреждения кожи, которые могут возникать при удалении калоприемника с поверхности кожи без использования удалителя клея;

- фолликулит, который представляет собой воспаление волосяных фолликулов. Чаще встречается у мужчин, чем у женщин, что связано с типичным распределением волосяного покрова, фолликулит может возникнуть в результате многократного вытягивания волос при удалении калоприемника;

- грибковая инфекция, которая может возникнуть, при использовании антибактериального мыла, которое нарушает баланс микрофлоры перистомальной кожи и вызывает грибковые разрастания.

Возраст и факторы, связанные с уходом, которые могут увеличить риск раздражения перистомальной кожи включают:

- плохое зрение у пожилых пациентов, которые не могут четко видеть отверстие стомы и, вероятно, нуждаются в помощи при замене мешка. Помощь на дому, как правило, предоставляется членом семьи или медсестрой, осуществляющей сестринский уход;

- истонченная кожа у пожилых пациентов, предполагает бережное отношение к коже; иначе очень быстро образуются раздражение и повреждения кожи;

- пациенты подросткового возраста имеют тенденцию не сообщать о раздражениях кожи вокруг стомы из-за необходимости привлечь излишнее внимание к наличию стомы, что требует необходимости демонстрации и гарантии того, что клиницисты уважают его личную жизнь и достоинство;

- В нормальных условиях, большинство колостом могут быть заменены 1 раз в 3-7 дней и калоприемники могут быть заменены раз в 3-5 дней;

- Увлажняющие мыла следует избегать, так как они оставляют следы на коже, которые могут препятствовать адгезии стомы;



Рисунок 8. Аксессуары по уходу за стомой для профилактики кожных осложнений. Copyright ©2015, EBSCO Information Services

- Пациенты, имеющие колостому могут изменить отношение к своему телу

- Для нейтрализации запаха отделяемого доступны различные продукты (например, спреи, капли)

- Необходимые навыки ухода и область сестринского знания включают в себя следующее:

- Знание анатомии и физиологии желудочно-кишечного тракта и мочевыводящих путей;

- Понимание того, как применять, опустошать, и удалять стомы;

- Знание протоколов учреждения для ухода за стомой и предотвращения раздражения кожи;

Обеспечение ухода за стомой

- Выполните гигиену рук и наденьте нестерильные перчатки или другие средства индивидуальной защиты, в зависимости от обстоятельств;

- Идентифицируйте пациента в соответствии с протоколом;
- Обеспечьте приватное пространство, закрыв дверь в комнату пациента и / или используя ширму;

- Представьте себя члену семьи пациента и, если он присутствует, и объясните свою клиническую роль в оказании медицинской помощи;

- Получите устное согласие на соответствующие действия;

- Спросите пациента, если они испытывают жжение кожи в месте стомы;
- Спросите пациента, как часто возникает необходимость замены калоприемника, и происходит ли это из-за протечек;
- Поместите полотенце или водонепроницаемую прокладку под пациентом и через живот ниже стом;
- Опустошите, удалите и утилизируйте использованный барьер в соответствии с протоколом;
- Снимите перчатки, выбросьте надлежащим образом, соблюдая гигиену рук;
- Проверьте состояние стомы и перистомальной кожи по цвету, наличию покраснений, раздражений, сыпи или других изменений в целостности кожи, которые указывают на раздражение или инфекции;
- Сообщите лечащему врачу при появлении новых выпячиваний в области стомы;
- Если видно раздражение кожи, отметьте границы маркером или сделайте фото;
- Используйте теплую воду из крана и мочалку или марлевые тампоны для очистки стомы и кожи;
- Избегайте использование мыла, так как это предрасполагает к грибковой сыпи / инфекции кожи;
- Не трите кожу вокруг стомы;
- Оцените необходимость удаления волос (например, путем подстригания), чтобы предотвратить фолликулит;
- **Что ожидать при правильном уходе за стомой?**
- У пациента должно затянуться имеющее раздражение кожи;
- Пациент сообщит, что боль в пораженной области снижается или отсутствует;

Красные флаги

- Складка перистомальной кожи, когда пациент сидит или сильное раздражение с участками волдырей и оголенная кожа в области стомы могут возникать из-за частой смены стом.

7. ПАЛЛИАТИВНЫЙ УХОД ЗА ПОЖИЛЫМИ ПАЦИЕНТАМИ

Что мы знаем

- Пожилые пациенты (в возрасте > 65 лет) чаще, чем молодые, страдают от неизлечимой, тяжелой болезни, и, следовательно, более вероятные кандидаты на паллиативную помощь. [29]
- Пожилые пациенты, особенно преклонного возраста (то есть, в возрасте > 80 лет), могут извлечь выгоду из паллиативной модели медицинской помощи, что способствует улучшению качества жизни (КЖ) через управление их сложных физических, психологических, социальных и духовных потребностей. [30]
- Паллиативная помощь может уменьшить депрессию, боль и беспокойство; уменьшить количество госпитализаций, потребность в интенсивной терапии, а также снизить общие расходы на здравоохранение; и увеличить выживаемость у пациентов с раком. [30]
- Прогресс в лечении многих заболеваний, включая рак продлили жизнь многих пациентов, но сделали более сложным прогнозирование жизни конкретного пациента и определение точки, в которой будут необходимы услуги паллиативной помощи. [31]
- Медицинские достижения, которые увеличивают продолжительность жизни могут также увеличить продолжительность хронической болезни и продлевать страдания, которые пожилой пациент испытывает вплоть до его смерти. [31]
- Пожилые пациенты и врачи, лечащие их, часто ожидают, что они будут испытывать постепенное снижение функционирования и ухудшение боли и дискомфорта, как нормальную часть старения; это ожидание делает затрудненным для врачей и пациентов выявление ухудшения признаков болезни, которые могут потребовать паллиативные услуги. [32]
- При оказании паллиативной помощи пожилым пациентам, следует учитывать их возрастные потребности. [33]
- Пожилым пациентам более вероятно, потребуется общая помощь в повседневной жизни и деятельности, с общением (например, из-за дефицита слуха), а также с принятием решений. По этой причине, они могут чувствовать, что у них нет личной жизни, могут потерять свою самооценку за счет утраты независимости, а также иметь повышенный риск потери достоинства. [29]

- По мере старения пожилые пациенты часто требуют все больше помощи в управлении делами и становятся уязвимыми к физическим, вербальным и финансовым злоупотреблениям в паллиативном стационаре, при уходе на дому.

- Управление болью представляет особый интерес для пожилых пациентов, получающих паллиативную помощь из-за вероятности неадекватного контроля боли у пожилых пациентов по сравнению с более молодыми пациентами. [30]

- Эффективное обезболивание имеет важное значение для сохранения целей паллиативной помощи, которые должны обеспечить комфорт и улучшить качество жизни;

- Пожилые пациенты с невыносимой болью могут испытывать нарушение сна, снижение социализации, депрессию, беспокойство, возбуждение, измененное поведения; [34]

- У пожилых пациентов высок риск неадекватного управления болью из-за опасения развития побочных эффектов лекарственных средств (например, угнетение дыхания) или лекарственных взаимодействий; кроме того, из-за нарушений коммуникаций или когнитивных нарушений, они могут быть не в состоянии отразить степень боли; [29]

- Крайне важно, использовать оценку управления болью у пациентов, которые не в состоянии словесно выразить чувство дискомфорта;

- Лица пожилого возраста более восприимчивы к воздействию заболевания на поздней стадии и лекарств на психику, многие пожилые пациенты, получающие паллиативную помощь могут испытывать психологические симптомы (например, тревога, депрессия, гнев) и когнитивные нарушения (например, нарушение памяти, делирий), что может поставить под угрозу цели паллиативной помощи; [31]

- Пожилые пациенты особенно подвержены риску делирия, одного из наиболее распространенных психических расстройств в паллиативной помощи; до 85% пациентов испытывают бред во время поздней стадии заболевания и в конце жизни; [35]

- Когнитивные нарушения и / или страх когнитивных нарушений может беспокоить пациентов и ухудшать их качество жизни, влияя на взаимодействие с другими людьми; [36]

- Планирование паллиативного ухода за пожилыми пациентами включает в себя анализ и обсуждение предпочтений в лечении и рассмотрение желаний в конце жизни; [37]

- Хотя большинство пациентов считают, что их собственный дом или дом родственников, является оптимальным местом для ухода на поздних стадиях заболевания либо в конце жизни, пожилые пациенты чаще, чем более молодые предпочитают умереть в условиях стационара. [35]

- Кокрановский обзор выявил что паллиативный уход увеличивает вероятность смерти у себя дома и уменьшает выраженность симптомов, без увеличения горестных переживаний для семьи и опекунов; [38]

- Лица с прогрессирующим заболеванием имеют право участвовать в выборе вариантов лечения, но пожилые пациенты, как правило, полагаются на членов их семей, в частности, их детей и внуков, возлагая на них принятие решений в конце жизни. [37]

Что мы можем сделать

- Имейте в виду, что пожилые пациенты имеют особые потребности, которые необходимо учитывать при оказании паллиативной помощи, в том числе

- уязвимость к насилию; [30]

- восприимчивость к воздействию на психику поздних стадий заболевания и лекарственных средств; [31]

- повышенный риск неадекватного лечения боли; [32]

- предоставлять возможность принимать участие в процессе принятия решений, обеспечивая эмоциональную поддержку, а также обеспечивать оптимальный контроль симптомов боли. [38]

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Данное пособие по сестринскому уходу на дому предназначено для медицинских сестер и студентов специальности «Сестринское дело» и содержит базовую информацию по стратегиям сестринского ухода на дому при оказании медицинской помощи при наиболее распространенных состояниях и заболеваниях. Надлежащая практика, основанная на доказательствах, поможет медицинскому персоналу добиться лучшего качества жизни при ведении пациентов с неизлечимыми заболеваниями; заблаговременно выявлять и предупреждать осложнения, повысит знания пациента/его семьи об управлении заболеванием.

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

1. Пионером создания и развития сестринского ухода на дому является? //
 - A. Мать Тереза//
 - B. Флоренс Найтингейл//
 - C. Лилиан Уолд//
 - D. Мари-Поль Флоран//
 - E. Дороти Холл
2. В функциональные обязанности медсестры расширенной практики входит все, кроме//
 - A. осуществление сестринского обследования//
 - B. постановка сестринского диагноза//
 - C. составление плана сестринских вмешательств//
 - D. оценка эффективности назначенного плана//
 - E. выдача заключения о состоянии здоровья
3. В какой форме может осуществляться оказание сестринского ухода на амбулаторно-поликлиническом уровне? //
 - A. Круглосуточный стационар//
 - B. Хоспис//
 - C. Стационар на дому//
 - D. Диспансерное наблюдение//
 - E. Больница сестринского ухода
4. Сестринский уход на дому может быть предоставлен всем пациентам, кроме//
 - A. Пациенты с пролежнями//
 - B. Пациенты с терминальной стадией ХСН//
 - C. Пациенты после травмы спинного мозга//
 - D. Пациенты, перенесшие инсульт//
 - E. Пациенты, которые живут одни
5. Международные принципы по практике сестринского ухода на дому включают в себя://
 - A. 10 стандартов//
 - B. 15 стандартов//

- C. 17 стандартов//
- D. 11 стандартов//
- E. 7 стандартов

6. Стандарты оказания сестринского ухода на дому основаны на://

- A. Межправительственных соглашениях//
- B. Консенсусе Международного Совета медсестер//
- C. Последних доказательных данных//
- D. Государственный общеобязательный стандарт обучения//
- E. Кодекс РК «О здоровье и системе здравоохранения»

7. Цели стандарта «Идентификация цели»

- A. Сравнение результатов лечения//
- B. Определение желаемого результата лечения у конкретного пациента//

- C. Определение нежелательных исходов//
- D. Выработка стратегии оказания ухода//
- E. Выработка списка лиц, оказывающих уход

8. Стандарт «Этика» подразумевает все, кроме//

- A. Поддержание дружелюбных отношений//
- B. Соблюдение профессиональной дистанции//
- C. Соблюдение конфиденциальности данных//
- D. Поддержка достоинства пациента//
- E. Регулирование его финансовых прав

9. Стандарт «Безопасность окружающей среды» подразумевает://

- A. Соблюдение правил утилизации биологических отходов на дому у пациента//
- B. Использование перчаток, подвергающихся вторичной утилизации//
- C. Лидерство в сестринском деле//
- D. Постоянное обучение пациента основам безопасности на дому//
- E. Наставничество младшего сестринского персонала

10. Этический принцип «автономии» подразумевает://

- A. Медицинская сестра действует автономно от врача//
- B. Медицинская сестра действует автономно от пациента//
- C. Мнение пациента является ведущим в принятии решения о сестринском уходе//
- D. Пациент и его семья осуществляют самостоятельный уход

11. Одним из барьеров в установлении эффективной коммуникации между медицинской сестрой и пациентом может служить://

- A. Финансовые затраты пациента//
- B. Социальный статус пациента//
- C. Высокая нагрузка медсестер//
- D. Низкая заработная плата медсестер//
- E. Наличие родственников, ухаживающих за пациентом

12. Причины развития хронической сердечной недостаточности все, кроме://

- A. Ишемическая болезнь сердца//
- B. Деформирующий остеоартроз//
- C. Ревмокардит//
- D. Сахарный диабет//
- E. Артериальная гипертензия

13. Индикатор эффективности оказания помощи пациентам с хронической сердечной недостаточностью://

- A. Продолжительность жизни//
- B. Повторные госпитализации//
- C. Выход на инвалидность//
- D. Число потребляемых лекарств//
- E. Экономические затраты

14. ФК IV по классификации Нью-Йоркской ассоциации сердца соответствует://

- A. Отсутствие симптомов в покое//
- B. Симптомы возникают при нормальной активности//
- C. Симптомы возникают при нагрузках высокой интенсивности//
- D. Симптомы возникают в покое//

Е. Симптомы возникают при нагрузках очень высокой интенсивности

15. Частый побочный эффект терапии иАПФ при ХСН://

- А. Отеки лодыжек//
- В. Кашель//
- С. Бронхоспазм//
- Д. Брадикардия//
- Е. Тахикардия

16. Группа лекарственных веществ, могут вызывать или усугублять течение ХСН?//

- А. Диуретики//
- В. НПВС//
- С. Спинолактон//
- Д. Пенициллины//
- Е. Антигистаминные средства

17. Предикторы плохого прогноза у пациентов с ХСН://

- А. Уменьшение отеков//
- В. Кахексия//
- С. Увеличение С-реактивного белка//
- Д. Гипертензия//
- Е. Энцефалопатия

18. Причиной вторичной артериальной гипертензии может быть://

- А. Обструктивное апноэ сна//
- В. Митральный стеноз//
- С. Хронический панкреатит//
- Д. Рак поджелудочной железы//
- Е. Адреналэктомия

19. Целевые значения систолического АД в общей популяции?//

- А. <120 мм.рт.ст.//
- В. <125 мм.рт.ст.//
- С. <140 мм.рт.ст.//
- Д. <130 мм.рт.ст.//
- Е. <135 мм.рт.ст.

А. При речевой реабилитации пациентов, перенесших инсульт с элементами афазии необходимо://

- А. Стараться не использовать наглядные иллюстрации//
- В. Использовать простые слова и фразы при общении//
- С. Чаще включать телевизор пациенту//
- Д. Начать учить с пациентом иностранные языки//
- Е. Выучить язык жестов

20. Наличие пузыря на коже соответствует://

- А. I стадии пролежней//
- В. II стадии пролежней//
- С. III стадии пролежней//
- Д. IV стадии пролежней//
- Е. V стадии пролежней

21. Пролежни чаще всего развиваются://

- А. На верхних конечностях//
- В. На костных выступах//
- С. На затылке//
- Д. На икрожных мышцах//
- Е. В волосистой части

22. Наличие некроза свидетельствует о://

- А. I стадии пролежней//
- В. II стадии пролежней//
- С. III стадии пролежней//
- Д. IV стадии пролежней//
- Е. V стадии пролежней

23. К группе пациентов с высоким риском развития пролежней относятся://

- А. Пациенты, перенесшие эндопротезирование шейки бедра//
- В. Пациенты с ожирением//
- С. Пациенты с низким индексом массы тела//
- Д. Лица мужского пола//
- Е. Пациенты с ХОБЛ

24. Наиболее частое осложнение постоянного мочевого катетера://

- A. Катетер-ассоциированная инфекция мочевых путей//
- B. Развитие хронической почечной недостаточности//
- C. Острая задержка мочи//
- D. Пузырно-мочеточниковый рефлюкс//
- E. Кожная инфекция

25. Что такое инкрустация?//

- A. Пузырно-мочеточниковый рефлюкс//
- B. Перегиб мочеточника//
- C. Выпадение катетера//
- D. Отложение солей внутри катетера//
- E. Введение катетера

26. Факторы, увеличивающие риск раздражения перистомальной кожи://

- A. Артериальная гипертензия//
- B. Пожилой возраст//
- C. Летний период//
- D. Использование барьерного клея//
- E. Женский пол

27. При мытье кожи вокруг стомы следует://

- A. Избегать использование мыла//
- B. Избегать трения кожи перистомальной области//
- C. Использовать теплую воду//
- D. Не использовать антисептик//
- E. Тщательно осматривать кожу

28. Что представляет собой фолликулит у пациентов со стомой?//

- A. Воспаление прилегающего эпидермиса//
- B. Воспаление волосяных фолликулов//
- C. Протечки стомы//
- D. Негерметичность стомы//
- E. Нарушение функционирования стомы

29. Пожилые пациенты при оказании им паллиативного ухода://

- A. Быстрее выздоравливают//

B. Имеют больший риск жестокого обращения//

C. Более привержены лечению чем молодые//

D. Не склонны иметь психиатрические нарушения//

E. Как правило смирились с необходимостью длительного ухода

30. У пожилых пациентов высокий риск неадекватного управления болью вследствие://

A. Снижения чувствительности болевых рецепторов//

B. Коморбидных состояний//

C. Опасения развития побочных эффектов лекарственных средств//

D. Психиатрических нарушений//

E. Психологического состояния

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ:

1	C	11	C	21	B
2	E	12	B	22	D
3	C	13	B	23	C
4	E	14	D	24	A
5	C	15	B	25	D
6	C	16	B	26	B
7	B	17	B	27	A
8	E	18	A	28	B
9	A	19	B	29	B
10	C	20	B	30	C

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. https://online.zakon.kz/Document/?doc_id=39860292. [В Интернетe]
2. <http://adilet.zan.kz/rus/docs/V1800018043>. [В Интернетe]
3. [В Интернетe] http://adilet.zan.kz/rus/docs/V090005885_.
4. <https://www.icn.ch/nursing-policy/nursing-definitions>. [В Интернетe]
5. [В Интернетe] <https://egov.kz/cms/ru/law/list/V1400009532>.
6. International Guidelines For Home Health Nursing. [В Интернетe] <https://ihcno.org/ihcno-guidelines-for-home-health-nursing/>.
7. <https://www.aahcm.org/page/EthicsStatement>. [В Интернетe]
8. Научно обоснованный Справочник для медсестер. Hughes RG, Rockville (MD). б.м.: Агентство по здравоохранению и исследованиям и качества (США), Апрель, 2008 г.
9. Judith Allender, Cherie Rector, Kristine Warner. Community and Public Health Nursing. 2013. стр. 1106.
10. Mozaffarian, D., Benjamin, E. J., Go, A. S., Arnett, D. K., Blaha, M. J., Cushman, M., ... Turner, M. B. Heart disease and stroke statistics--2016 update: A report from the American Heart Association. *Circulation*. 2016 г., Т. 133 (4).
11. Yancy, C. W., Jessup, M., Bozhurt, B., Butler, J., Casey, D. E., Jr, Colvin, M. M., ... Westlake, C. ACC/AHA/HFSA focused update on new pharmacological therapy for heart failure: An update of the 2013 ACCF/AHA guideline for the management of heart failure: A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Pr. 2016 г., Т. 134 (13).
12. Chobanian, A. V., Bakris, G. L., Black, H. R., Cushman, W. C., Green, L. A., Izzo, J. L., Jr, ... Roccella, E. J. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. *JAMA*. 2003 г., Т. 289(19), стр. 2560-2572.
13. Pancholy, S. B., Shantha, G. P. S., Patel, T. M., Sobotka, P. A., & Kandzari, D. E. Meta-analysis of the effect of renal denervation on blood pressure and pulse pressure in patients with resistant systemic hypertension. *American Journal of Cardiology* . 2016 г., 114(5), стр. 856-861.
14. Fuks, K. B., Weinmayr, G., Foraster, M., Dratva, J., Hampel, R., Houthuijs, D., ... Hoffman, B. Arterial blood pressure and long-term exposure to traffic-related air pollution: An analysis in the European Study of Cohorts for Air Pollution Effects (ESCAPE). *Environmental Health Perspectives*, . 2014 г., 122(9), стр. 896-805.
15. Lennon, S. L., DellaValle, D., Rodder, S., Prest, M., Sinley, R., Hoy, M., & Papoutsakis, C. Evidence analysis library evidence-based nutrition practice guideline for the management of hypertension in adults. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*. 2017 г., Т. 117(9), стр. 1445-1458.
16. Mehrholz, J., Thomas, S., & Elsner, B. Treadmill training and body weight support for walking after stroke. *Cochrane Database Systematic Review*, 8. 2017 г.
17. Bowman, L. Management of patients with cerebrovascular disorders. Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical nursing. 2014.
18. Labreche, T., Szilva, M., & Plotkin, A. Empowering individuals with aphasia and visual impairments through effective communication. *Journal of Visual Impairment & Blindness*,. 2016 г., Т. 110(3), стр. 183-187. .
19. El Hachoui, H., Lingsma, H. F., van de Sandt-Koenderman, M. W. M. E., Dippel, D. W. J., Koudstaal, P. J., & Visch-Brink, E. G. Long-term prognosis of aphasia after stroke. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, . 84(3), стр. 310-315.
20. Cano, A., Anglade, D., Stamp, H., Joaquin, F., Lopez, J., Lupe, L., Young, D. Improving outcomes by implementing a pressure ulcer prevention program (PUPP): Going beyond the basics. *Healthcare*. 2015 г., Т. 3(4), стр. 574-585.
21. Roach, R., Javier, N. S. C., & Dexter, C. Pressure ulcers. . б.м.: Philadelphia, PA: Elsevier. (GI), 2016.
22. ANA CAUTI Prevention Tool. . American Nursing Association. [В Интернетe] 2015 г.
23. Clarke, K., Tong, D., Pan, Y., Easley, K. A., Norrick, B., Ko, C., ... Stein, J. Reduction in catheter-associated urinary tract infections by bundling interventions. *International Journal for Quality in Health Care*,. 2013 г., Т. 25(1), стр. 43-49.
24. Prinjha, S., & Chapple, A. Living with an indwelling urinary catheter. *Nursing Times*,. 2013 г., 109(44), стр. 12-14.
25. Urinary tract infection (catheter-associated urinary tract infection [CAUTI] and non-catheter-associated urinary tract infection [UTI]) and

Шкала факторов риска образования пролежней Braden scale

Чувствительность			
Возможность произвольного ответа на раздражение давлением			
1. Полное отсутствие (отсутствие ответа на любое болевое раздражение или отсутствие болевой чувствительности практически на всем теле)	2. Грубое нарушение (слабая реакция на болевое раздражение или отсутствие болевой чувствительности более чем на половине тела)	3. Частичное нарушение (имеется ответ только на сильное болевое раздражение или имеется некоторый дефицит болевой чувствительности в одной или обеих конечностях)	4. Нормальная чувствительность (нормальная реакция на болевые раздражения или отсутствие выпадений чувствительности)
Влажность кожи			
Степень, с которой кожа подвержена намоканию			
1. Постоянно влажная (кожа постоянно влажная из-за пота, мочи и т. д., каждый раз при изменениях положения тела необходима смена белья)	2. Очень влажная (не всегда кожа влажная, необходимость в достаточной частой смене белья по мере необходимости)	3. Случайное намокание (кожа влажная из-за случайного намокания, необходимость в смене белья не больше чем 1 раз в день)	4. Редкое намокание (кожа обычно сухая, нет необходимости в дополнительной смене белья)
Активность			
Степень физической активности			
1. Постель (не может вставать с кровати)	2. Кресло (объем ходьбы резко ограничен или отсутствует, не может выдержать вес собственного тела, нуждается в кресле или кресле-коляске)	3. Ходьба по необходимости (в течение дня ходит редко на небольшие расстояния, большую часть дня находится в кресле или кровати)	4. Ходьба (ходит за пределы палаты не меньше 2 раз в день и внутри палаты не меньше 1 ч через каждые 2 ч)

Подвижность

Способность к контролю и изменениям позиции тела

1. Абсолютно неподвижен (при любом изменении положения тела или конечностей необходима помощь)	2. Значительное ограничение движений (может незначительно менять положение тела и конечностей, но объем и частота движений резко ограничены)	3. Частичное ограничение движений (делает небольшие, но частые изменения положения тела или двигает самостоятельно конечностями)	4. Без ограничений (частые изменения положения тела без посторонней помощи)
--	--	--	---

Питание

Обычный прием пищи

1. Резко сниженное питание (никогда не съедает порцию полностью, обычно съедает третью часть предоставленной пищи. Съедает 2 рациона мясных и молочных продуктов или меньше. Пьет мало. Не принимает жидких пищевых добавок или не получает ничего через рот и / или используется внутривенное введение жидкостей более 5 дней)	2. Сниженное питание (может однократно съесть одну порцию полностью, но обычно съедает только половину предлагаемой еды. В день получает 3 рациона мясных и молочных продуктов. В ряде случаев имеет дополнительное кормление или получает оптимальную жидкую диету или кормление через зонд)	3. Удовлетворительно питание (съедает более половины при каждом кормлении. Съедает 4 рациона белков (мясо, молочные продукты) в день. Иногда может пропустить кормление, но в большинстве случаев имеет дополнительное питание или зондовое питание либо полноценное сбалансированное парентеральное питание)	4. Хорошее питание (съедает практически все при каждом кормлении. Никогда не пропускает кормление. Обычно съедает всего 4 рациона мяса или молочных продуктов или больше. Иногда имеет дополнительное питание между кормлениями)
---	---	---	--

Трение и потерги

1. Реальная проблема (абсолютная потребность в помощи для изменения положения тела. Встать с постели для смены белья не может. Постоянно соскальзывает с постели или кресла, нуждается в частых поворотах с посторонней помощью. Спастика, контрактуры и беспокойство, приводящие к постоянному трению кожи)	2. Потенциальная проблема (ослабление движений или потребность в минимальной помощи, во время движения возможно трение кожи о простыни, кресло и другие приспособления. Способен к поддержанию удобной позы в кресле или постели некоторое время)	3. Отсутствие проблем (самостоятельные движения в постели и кресле, достаточная мышечная сила для вставания с них во время смены белья. Удержание удобной позы в кресле и кровати в любое время)
--	---	--

Оценка результатов:

- 9 и менее баллов – очень высокий риск.
- 10-12 баллов – высокий риск.
- 13-14 баллов – умеренный риск.
- 15-18 баллов – есть риск.
- 19-23 – нет риска.