

Планирование и организация ухода за неврологическим пациентом в амбулаторных условиях

- Уход за тяжелым неврологическим больным сложен как в условиях стационара, так и, особенно, на дому.
- Лечащий врач должен проинструктировать медицинскую сестру, ухаживающую за больным, подчеркнув необходимость тщательного соблюдения всех рекомендаций, от чего в буквальном смысле слова зависит судьба больного.
- Важную роль в этом играет медицинская сестра, которая должна практически ознакомить родных и близких больного с техникой проведения рекомендуемых манипуляций, а некоторые из них проводить лично (инъекции, катетеризация, зондирование желудка).

- Проблемы, с которыми сталкивается медсестра при ведении пациента с тяжелым неврологическим заболеванием в амбулаторных условиях:
- лечение осложнений и сопутствующих заболеваний;
- профилактика обострений или повторения неврологического заболевания (обострение РС, повторное ОНМК и тд);
- коррекция психоэмоциональных расстройств;
- проблемы семьи.

Именно эта группа больных до последнего времени, т. е. до открытия реабилитационных отделений, была изгоями и системы здравоохранения и системы социальной защиты населения.

- На амбулаторном этапе более широко используют реабилитационные средства (физио-, кинезио-, трудотерапия) в связи с улучшением общего состояния больного.
- Большое внимание уделяют решению проблем, связанных с устойчивыми патологическими состояниями.

Основными проблемами пациента в этот период являются

- нарушение движений
- Боль в конечностях
- Головная боль
- затруднение в общении
- депрессивное состояние.

Цель лечения на данном этапе — максимальная адаптация пациента к неврологическому дефициту путем использования сохранившихся функций, повышение способности к самообслуживанию, решение социальных проблем пациента и его семьи. Основную роль в решении этих задач выполняет семейная медицинская сестра.

- В ее задачи входят:
- активный патронаж лежачих пациентов на дому,
- прием больных в амбулаторных условиях,
- ведение специализированных школ постинсультных больных,
- организация стационара на дому (для не госпитализированных больных или нуждающихся в продолжение лечения после стационарного этапа).

Особое внимание на амбулаторном этапе уделяют профилактике повторных инсультов, включающей:

- полноценное питание и физическую активность,
- борьбу с факторами риска,
- регулярное посещение врача,
- ежедневный прием антиагрегантов (аспирин, курантил) и курсовой прием средств, улучшающих мозговое кровообращение (инстенон, актовегин, фезам).

- Диспансеризация

В профилактике инсультов (как впервые возникших, так и повторных) важнейшую роль занимает диспансеризация больных. На диспансерном приеме медицинская сестра проводит:

- контроль АД, пульса, при необходимости проводит контроль ЭКГ;
- проверяет дневник наблюдения пациента за своим состоянием;
- помогает пациенту разобраться с режимом приема лекарственных препаратов, составляет памятку пациенту, записывает препараты, который больной принимает без назначения врача;
- следит за своевременной сдачей анализов, при необходимости выписывает направление на анализы или самостоятельно проводит забор анализов,
- проводит оценку способности к самообслуживанию в динамике, осуществляет планирование восстановительных мероприятий.

1. Группа общего наблюдения — пациенты, имеющие 1-2 фактора риска, требующие наблюдения у семейного врача или гериатра.
 - Задачи медицинской сестры — проведение санитарно-просветительской работы, выявление путем анкетирования факторов риска, консультирование по вопросам их коррекции, обучение методам контроля за своим состоянием.
2. Группа высокого риска развития инсульта — больные, имеющие более двух факторов риска развития инсульта, они должны наблюдаться у семейного врача и консультируются неврологом 1 раз в полгода.
 - Медицинская сестра приглашает пациентов на плановый прием, проводит занятия в школах больных (в соответствии с факторами риска), например, в школах сахарного диабета, больных с артериальной гипертензией, перед плановым визитом направляет пациента на анализы (клинический анализ крови, протромбин, сахар, липидный спектр крови). По назначению врача направляет пациента в дневной стационар или организует стационар на дому.

3. Группа больных, перенесших инсульт, наблюдающихся у семейного врача и направляемых на осмотр к неврологу 1 раз в 3 месяца или при ухудшении состояния.
- В этой группе активно проводят мероприятия вторичной профилактики, ведут занятия в школе постинсультных больных. Особый аспект вторичной профилактики инсультов — ведение школы постинсультных больных. Занятия организуют для амбулаторных больных, а также родственников, осуществляющих уход за постинсультными больными на дому, и проводят совместно врач-невролог и специально обученная медицинская сестра.

Медицинская сестра осуществляет:

- отбор пациентов и формирование их по группам (например, по давности инсульта, по неврологическому дефекту и т. д.);
- проводит практические занятия по лечебной физкультуре, обучает больного наблюдению за его состоянием, совместно с больными оформляет личную карточку постинсультного больного, включающую сведения о давности инсульта, принимаемых лекарственных препаратах, имеющихся других заболеваниях, привычном уровне АД, контактных телефонах;
- читает лекции по борьбе с основными факторами риска инсульта, правилам поведения больных, перенесших инсульт, лечебному питанию;
- при необходимости направляет больных на консультацию к психотерапевту, психологу, физиотерапевту,
- вызывает пациентов на плановые осмотры к неврологу, ведет медицинскую документацию.

- Больным, перенесшим острое нарушение мозгового кровообращения, уход близких будет необходим в течение нескольких лет, особенно пациентам, ставшим "узниками" своей квартиры или комнаты.

Для таких пациентов и их родственников необходима помощь патронажной сестры. Патронажная медсестра должна четко понимать сама и внушать своему подопечному, что пострадавший от ОНМК может не только развивать свои речевые или двигательные навыки, но и расширять сферу своего самообслуживания, а так же выполнять несложную самостоятельную работу.

Нужно постоянно подбадривать больного, расширять его функциональные возможности, вселять в больного веру, что он сможет хотя бы частично обслуживать себя и не быть в тягость своей семье.

- Дома больному необходимо обеспечить благоприятные условия для жизни. Желательно выделить отдельную светлую комнату, удалить лишнюю мебель, убрать ковры, спрятать провода для предотвращения травм, расставить мебель так, что бы больной мог самостоятельно перемещаться с кровати на стул, к столу и далее. Подобрать небьющуюся посуду.
- Если пациент лежачий, то обеспечить максимально удобный подход к кровати для обеспечения ухода за больным. Объяснить родственникам правила ухода, научить пользоваться вспомогательными средствами (судно, валики, поильник). Патронажная сестра должна ознакомить родственников со спецификой ухода за постинсультными больными, особенностями диеты и питьевого режима, обучить простым методам наблюдения за состоянием больного, измерению АД и пульса, алгоритму мероприятий при ухудшении состояния больного.

Принципы ухода за лежачим больным включают в себя

- безопасность (предупреждение травматизма пациента);
- конфиденциальность (подробности личной жизни больного не должны быть известны посторонним);
- уважение достоинства (выполнение всех процедур с согласия пациента, обеспечение уединения, если необходимо);
- общение (расположение пациента и членов его семьи к беседе, обсуждение хода предстоящей процедуры и плана ухода в целом);
- независимость (поощрение пациента к самостоятельности);
- инфекционную безопасность.

- При уходе за тяжелобольными медицинская сестра обязана соблюдать стандарты технологии ухода за пациентом, технологий выполнения манипуляций и процедур, ведения медицинской документации по уходу за больными, технологий санитарно-противоэпидемических мероприятий, деонтологических принципов (с учетом мнения пациентов о медицинском работнике). Она также должна своевременно и точно выполнять назначения врача.
- **Особенности ухода за тяжелобольным на дому.**
Тяжелобольной лучше чувствует себя дома. Для организации эффективного целенаправленного домашнего ухода за тяжелобольным нужно помнить об основных потребностях и тяжести состояния пациента, о том, насколько пациент сам способен удовлетворить нарушенные потребности. Но часто тяжелобольной не может удовлетворить свои потребности в полном объеме, поэтому становится зависимым от окружающих его людей.
- Ухаживающий должен выявить нарушенные потребности, определить настоящие, возможные проблемы пациента и создать наиболее благоприятные и комфортные условия для пациента

Особенности проведения инъекций

- Параличи, парезы конечностей, нарушения чувствительности, мышечная гипотония у неврологических больных повышают вероятность образования инфильтратов и абсцессов в местах инъекций. Для профилактики этих осложнений рекомендуется делать инъекции на здоровой стороне. Не нужно вводить препараты внутримышечно в области передней поверхности бедра, поскольку здесь при образовании абсцесса возможно быстрое распространение гноя по фасциальным пространствам с формированием обширной флегмоны. На здоровой стороне делают и внутривенные вливания. Следует избегать введения растворов в вены нижних конечностей лежачим больным, так как мышечная гипотония, отсутствие движения и пассивное положение в постели способствуют застою крови. Любое нарушение целостности венозной стенки может вызвать флеботромбоз, а при тромбозе вен ног во многих случаях развивается тромбоэмболия легочных артерий, часто со смертельным исходом.

- Катетер предпочтительнее ставить в подключичную или яремную вены. Это особенно важно при внутривенном вливании больным с нарушением сознания, судорогами и всем, кому предполагается вливать значительные объемы жидкостей. Установка катетера — врачебная манипуляция. Медсестра должна подготовить систему для внутривенного введения жидкостей. После того как произведена пункция вены и установлен катетер, необходимо проверить правильность его положения. Для этого шприц, наполовину заполненный физраствором или 0,25% новокаином, присоединяют к катетеру и, потягивая на себя, набирают несколько миллилитров крови. Часть содержимого шприца вводят обратно в вену. При проведении такой манипуляции медсестра не должна ощущать сопротивления и прилагать какое-либо усилие. После проверки систему можно подсоединяют к катетеру и, прикрепив его к коже лейкопластырем, начать вводить лекарства. Когда отпадает необходимость в непрерывном введении раствора систему отключают. Катетер оставленный в вене, заполняют 0,3—0,5 мл раствора гепарина и закрывают пробкой. Это позволяет при повторном введении лекарственных средств избежать дополнительного и травмирования вены.

- Таким образом, нынешний подход к ведению пациентов с неврологическими заболеваниями, подразумевающий правильную и своевременную диагностику, современные методы лечения, раннюю реабилитацию, диспансерное наблюдение, организацию помощи на дому, позволяет уменьшить число осложнений, понизить степень бытовой зависимости от окружающих, максимально адаптировать пациента к своему состоянию, избежать глубокой инвалидизации и повысить качество жизни больных.
- В настоящее время для определения эффективности лечебных и реабилитационных мероприятий используется такой показатель, как "качество жизни", связанное со здоровьем, с заболеванием; характеризующий исход лечения при многих заболеваниях, особенно хронических .
- Правильное представление о последствиях болезни имеет принципиальное значение для понимания сути нейрореабилитации и определения направленности реабилитационных воздействий.

- Понятие "качество жизни", связанное со здоровьем отражает группы критериев, характеризующих здоровье: физические, психологические и социальные, причем каждая из этих групп включает набор показателей, которые можно оценить как объективно, так и на уровне субъективного восприятия.
- Показатель качества жизни имеет интегральный характер, отражая физическое, психическое состояние пациента, а также уровень его жизнедеятельности и социальной активности. Повышенное внимание специалистов сестринского дела к оценке качества жизни связано с тем, что при таком подходе в наибольшей степени учитываются интересы больного. Вместе с тем имеются убедительные данные о том, что более совершенные стратегии сестринского ведения и реабилитации больных, перенесших инсульт, могут способствовать сохранению качества жизни пациентов, перенесших нарушения мозгового кровообращения.

- Медсестра несет ответственность за адекватность и безопасность ухода, оценку и наблюдение за физическим и психологическим состоянием пациента, принятие необходимых мер и своевременное информирование других специалистов бригады, предоставление постоянной физической психологической поддержки пациенту и ухаживающим за ним лицам.

Школа ухода

- В амбулаторно-поликлинической службе ЛПУ приказом главного врача создается Школа ухода за больными. Она состоит из специально подготовленного сестринского персонала, который возглавляет старшая медицинская сестра поликлиники. В своей работе Школа ухода руководствуется официальными документами по выполняемому разделу работы, распоряжениями вышестоящих должностных лиц. Главной целью создания Школы ухода за больными является коренное улучшение качества ухода и наблюдения за тяжелыми больными на дому, координация работы среднего медицинского персонала по уходу за больными, повышение культуры обслуживания. Больной человек часто нуждается в помощи при осуществлении личной гигиены, а также в осуществлении процессов жизнедеятельности. Но помогая пациенту, нужно максимально стремиться к его самостоятельности и поощрять в нем это желание.

Основными задачами Школы ухода являются:

- 1) развитие сестринского дела в амбулаторно-поликлинической службе ЛПУ;
- 2) рост профессионализма среднего медицинского персонала по уходу за больными;
- 3) внедрение в процесс ухода за больными профессиональных стандартов сестринского ухода;
- 4) участие в разработке и реализации перспективных научно-практических программ в области развития ухода за больными.

- Основными функциями Школы ухода за больными являются:
- • организация работы по осуществлению качественного ухода за тяжелыми больными на дому;
- • организация профессиональной направленности работы среднего медицинского персонала по уходу за больными;
- • соблюдение этико-деонтологических норм;
- • организация и проведение семинаров по актуальным вопросам ухода за больными;
- • обучение социальных работников и родственников уходу за тяжелобольными.



Возможности
человека
безграничны!