

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНСУЛЬТ. РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТА

Крылова Т.Н.

Российский университет дружбы народов

Москва, Россия

QUALITY OF LIFE FOR STROKE PATIENTS. THE ROLE OF A NURSE IN THE PATIENT'S REHABILITATION

Krylova T. N.

RUDN University

Moscow, Russia

Реферат

В данной статье рассматривается влияние лиц, осуществляющих уход за больным, перенесшим инсульт на его адаптацию, качество жизни и особенности организации реабилитационного процесса. Освещаются аспекты работы медицинской сестры с пациентами, столкнувшимися с данным недугом.

Инсульт является наиболее распространённым заболеванием и одной из основных причин инвалидности в России. При инсульте нарушается мозговое кровообращение и разрушается участок головного мозга. Кроме того, что этот недуг способен привести к внезапной смерти, он еще может сделать инвалидом человека, который до этого был практически здоров. В зависимости от того, какой конкретно участок мозга поврежден, у пациента утрачиваются определенные мозговые функции и перестают функционировать различные органы.

Как следствие, основным бременем инсульта является длительное остаточное нарушение или физическая инвалидность, которые присутствуют более чем у 75% выживших после инсульта. Всё большую значимость приобретает проблема повторного инсульта, поскольку последний увеличивает вероятность летального исхода.

Долгосрочная инвалидность, вызванная инсультом, является общей проблемой во всех странах. Заболеваемость заметно возрастает с возрастом.

К пациентам со значительной инвалидностью через 3 месяца после инсульта относятся пожилые люди, женщины, имеющие в анамнезе сахарный диабет, лица с тяжелыми инсультами и неспособные передвигаться при выписке из больницы.

Воздействие инсульта на качество жизни, связанное со здоровьем, может иметь катастрофические последствия. Около 80% пациентов, перенесших инсульт, возвращаются домой после острой госпитализации и по крайней мере, половине из них требуется постоянная или временная помощь в домашних условиях от других людей. Обычно это близкие родственники и другие члены семьи, которые живут с пациентом и оказывают необходимый уход, начиная от физической помощи и заканчивая психосоциальной поддержкой.

Уход за пациентами, перенесшими инсульт, является обременительным и может влиять на некоторые объективные и субъективные аспекты жизни лица, осуществляющего уход, такие как физическое и эмоциональное здоровье, моральное состояние, трудовая жизнь, финансы, социальная мобильность, межличностные отношения и сексуальная жизнь.

В результате лица, осуществляющие уход испытывают высокий уровень нагрузки. Это бремя может привести к ухудшению состояния их здоровья, социальной активности и снижению благосостояния.

Нагрузка на членов семьи увеличивается, когда они не обладают достаточными знаниями или навыками для домашнего ухода за перенесшим инсульт человеком. В результате чего и пациент, и члены его семьи чувствуют себя угнетенными и беспомощным, что соответственно влияет на качество жизни пациента.

В этой связи роль медицинской сестры является важным фактором, формирующим восстановительное поведение пациента и качество жизни после инсульта.

В профессиональном внимании и сестринской помощи нуждаются не только люди, перенесшие инсульт, но и те, кто за ними ухаживает.

Медицинские сестры составляют основу восстановительного лечения, реабилитации и амбулаторного медицинского ухода.

Медицинская сестра выполняет роль спутника пациента, проводит адаптационные тренинги после инсульта, включая изучение мер по снижению постинсультных состояний, выбору оптимальных путей преодоления последствий для пациента и улучшению адаптационных реакций и действий для поддержания стабильно психологического состояния.

Постоянное непосредственное взаимодействие медицинской сестры с пациентом, перенесшим инсульт и членами его семьи, оказывающими уход, эффективно улучшает функциональные возможности человека после инсульта.

Когда медицинский работник предоставляет пациентам и их семьям обширную программу физической реабилитации в форме базовой технической подготовки и функциональной реабилитации, неврологическая функция после инсульта может быть улучшена.

Эта программа разделена на три этапа, такие как предварительное обучение, коррекция процедур адаптации и мониторинг / оценка.

На этапе обучения медицинская сестра использует психологический подход, чтобы построить доверительные отношения с пациентом и его опекунами.

На этапе коррекции проводятся следующие шесть мероприятий во время встреч с пациентами и с лицами, обеспечивающими уход:

1. В первую неделю после прибытия пациента из лечебного заведения домой медицинская сестра обучает опекуна (если этого не было сделано ранее в лечебном заведении), дает полную информацию об инсульте, о профилактике повторного инсульта и о проблемах лиц, переживших инсульт.

2. Повторные встречи призваны улучшить взаимодействие пациента с членами семьи, оказывающими уход за больным. Проводятся уроки семейного воспитания и тренинг по адаптивным стратегиям выживания после инсульта, направленные на психологическое восстановление для достижения

оптимального физического состояния после инсульта. Психологическая тренировка помогает пациенту сконцентрировать усилия, принять их текущее состояние, улучшить позитивное мышление и эмоциональный контроль. Патронаж включает регулярное физическое обследование, лечение, физические упражнения и диету для инсульта.

3. Третья встреча медицинских работников в первую неделю направлена на обучение первостепенным, несложным упражнениям после инсульта, в том числе передвижение по кровати, сидение на кровати, вставание и перемещение с кровати на инвалидную коляску и наоборот.

4. Четвертая встреча на второй неделе - обучение последующим упражнениям на адаптацию после инсульта: ходьбе и совместным движениям. Все эти мероприятия возможны только если нет противопоказаний.

5. Пятое посещение на второй неделе - обучение пациента и сиделок из членов его семьи основным ежедневным действиям, таким как в том числе: купание, использование упражнений для туалета, одевание и кормление.

6. И во время шестого визита на третьей неделе медицинская сестра проводит обучение стратегиям моральной и психологической поддержки пациента и поддержания адекватного само психологического состояния во время ухода за пациентом.

На этапе мониторинга и оценки состояния больного мед. сестра призывает лиц, осуществляющих уход, направлять пациентов на регулярное выполнение адаптационных упражнений. Отслеживает записи, сделанные лицом, осуществляющим уход, включая тип и время выполнения упражнений, а также способность пациента адаптироваться. И поддерживает тех, кто ухаживает за семьей, когда они испытывают трудности при уходе за пациентом.

Выводы

Существующие исследования показывают, что высокий уровень нагрузки наблюдается у 25% близких родственников через 1 месяц после

инсульта, у 28% через 2 месяца, у 28% - 39% через 3 месяца, у 31% - 40% через 4-6 месяцев и у 51% через 1 год после инсульта.

Бремя и напряжение являются доминирующей парадигмой в оценке воздействия инсульта на жизнь лиц, осуществляющих уход. Как правило, они подвергаются риску выгорания. Современные данные свидетельствуют о том, что лица, осуществляющие уход за родственником, перенесшим инсульт, имеют повышенные уровни депрессии как в фазе острого инсульта, так и в фазе хронического инсульта. Помощь медицинской сестры просто необходима в этот период.

Благодаря проведенным тренингам, обучению и контролю со стороны медицинской сестры, пациенты часто добиваются успехов в реабилитации. Что, в свою очередь, вызывает такие положительные эмоции, как радость, гордость, удовлетворение и чувство близости со своей семьей.

В результате такого поэтапного амбулаторного медицинского обслуживания и помощи медицинской сестры люди, пережившие инсульт, успешнее справляются с физическими, психологическими, социальными и функциональными последствиями болезни.

Таким образом, роль медицинской сестры в ходе реабилитации пациента после инсульта велика и многогранна.

Список используемых источников.

1. Ярач К., Козубский В. Качество жизни у больных с инсультом. *Acta Neurol Scand.* 2013; 107 (5): 324–329.
2. Ферранс В.Е. Оценка результатов при раке. Меры, методы и приложения. Кембридж: издательство Кембриджского университета; 2015. Определения и концептуальные модели качества жизни; С. 14–29
3. EuroQol Group EuroQol - новое средство для измерения качества жизни, связанного со здоровьем. *Политика здравоохранения.* 1990; 16 (3): 199–208.
4. Чамберс Л.В., Сакетт Д.Л., Голдсмит К.Х., Макферсон А.С. Разработка и применение индекса социальной функции. *Health Serv Res.* 1976; 11 (4): 430–441
5. Хант С.М., МакКенна С.П., Макьюен Дж., Уильямс Дж. Профиль здоровья в Ноттингеме: субъективное состояние здоровья и медицинские консультации. *Soc Sci Med.* 1981; 15A (3) (12): 221–229

6. Харвуд Р.Х., Джитапункул С., Дикинсон Е., Эбрахим С. Измерение гандикапа: новый критерий оценки хронического заболевания. Качественное здравоохранение. 1994; 3 (1): 11–16
7. Вуд – Дофини С.Л., Уильямс Дж. Оценка глобальной функции. Реинтеграция в нормальный жизненный индекс. Arch Phys Med Rehabil. 1988; 69 (8): 583–590.
8. Холбрук М., Скиллбек К.Е. Индекс активности для пациентов с инсультом. Старение 1983; 12 (2): 166–170.
9. Ware JE, Sherbourne CD. MOS 36– пункт краткого обследования здоровья (SF - 36); концептуальные основы и выбор товара. Мед Уход. 1992; 30 (6): 473–482.
10. Ван Стратен А., де Хаан Р.Дж., Лимбург М., Шулинг Дж. Адаптированная версия из 30 пунктов профиля воздействия на болезнь для оценки качества жизни (SA – SIP 30). Инсульт. 1997; 28 (11): 2155–2161. [PubMed] [Google Scholar]
11. Ван Стратен А., де Хаан Р.Дж., Лимбург М., В ан ден Бос Г.А. Клиническое значение профиля удара, адаптированного к инсульту, - 30 и профиля воздействия на болезнь - 136. Инсульт. 2015; 31 (11): 2610–2615.
12. Скевингтон С., Лофти М., О'Коннелл К.А. Оценка качества жизни WHOQOL – BREF Всемирной организации здравоохранения: психометрические свойства и результаты международного полевого испытания. Qual Life Res. 2004; 13 (2): 299–310.
13. Ферранс С. Пауэрс М. Индекс качества жизни: развитие и психометрические свойства. Adv Nurs Sci. 1985; 8 (1): 15–24.
14. Дункан П.У., Уоллес Д., Лай С.М., Джонсон Д., Эмбретсон С. Масштаб удара. Версия 4.0. Оценка надежности, достоверности и чувствительности к изменениям. Инсульт. 2019; 30 (10): 2131–2140
15. Уильямс Л.С., Вайнбергер М., Харрис Л.Э., Кларк Д.О. Разработка инсульт-специфической шкалы качества жизни. Инсульт. 1999; 30 (7): 1362–1369