

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
**«БЕЛГОРОДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**
(НИУ «БелГУ»)

МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ

ЦМК сестринского дела

**ОСОБЕННОСТИ ОКАЗАНИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ В
АМБУЛОТОРНЫХ УСЛОВИЯХ**

Дипломная работа студентки

**очной формы обучения
специальности 34.02.01 Сестринское дело
4 курса группы 03051507
Тарасенко Юлии Олеговны**

Научный руководитель
преподаватель Усачёва О.В.

Рецензент
врач – терапевт,
терапевтическое отделение
ОГБУЗ «Городская больница №2
города Белгорода»
Пащенко К.А.

БЕЛГОРОД 2019

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	3
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПРИ ОКАЗАНИИ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ.....	5
1.1. Паллиативная помощь. Определение, цели, задачи.....	5
1.2. Организация оказания паллиативной помощи в амбулаторных условиях.....	7
1.3. Деятельность медицинской сестры при оказании паллиативной помощи.....	15
ГЛАВА 2. ПРАКТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ОКАЗАНИИ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ.....	20
2.1. Методика проведения исследования.....	20
2.2. Исследование роли медицинской сестры в оказании паллиативной помощи в амбулаторных условиях.....	20
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	37
СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ	40

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность заключается в том, что с каждым годом система пребывания людей в стационарных условиях отходит на второе место, отдавая внимание – пребыванию больных людей в домашних условиях, а не в стационарах круглосуточного пребывания. Это касается уязвимых групп населения – инвалидов по разным нозологиям, стариков, детей.

В начале нашего столетия, особое внимание уделяется социально значимым заболеваниям, в том числе, паллиативной помощи и соответственно паллиативному уходу за инкурабельными больными, путем усовершенствования первичной и специализированной медицинской помощи, формирования фундаментальной базы высокотехнологичной медицинской помощи на уровне мировых стандартов.

Государственная Дума на пленарном заседании 21 февраля единогласно приняла в третьем чтении Закон «О внесении изменений в Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» по вопросам оказания паллиативной медицинской помощи».

Исходя из актуальности вопроса для исследования была выбрана **тема исследования:** «Особенности оказания паллиативной помощи в амбулаторных условиях»

Цель исследования: выявить особенности оказания паллиативной помощи в амбулаторных условиях.

Объект исследования: пациенты поликлиники ОГБУЗ «Белгородский Онкологический Диспансер»

Предмет исследования: сестринский процесс оказания паллиативной помощи в амбулаторных условиях

Гипотеза: деятельность медицинской сестры напрямую влияет на качество жизни паллиативных больных

Задачи:

- изучить теоретические аспекты деятельности медицинской сестры в

оказании паллиативной помощи;

- изучить деятельность медицинской сестры в уходе за инкурабельными больными;
- выявить особенности ухода за инкурабельными больными;
- оценить эффективность деятельности медицинской сестры по уходу за паллиативными больными.

Методы исследования:

- научно-теоретический анализ литературы по данной теме;
- статистический;
- математический;
- эмпирический – наблюдение;
- метод обработки и интерпретации данных;
- анкетирование;
- графический.

База исследования: ОГБУЗ «Белгородский Онкологический Диспансер».

Теоретическая значимость: углубление и расширение теоретических знаний, изучение научной литературы и особенностей оказания паллиативной помощи инкурабельным больным.

Практическая значимость: Разработка рекомендаций для медицинских сестер, оказывающих амбулаторную паллиативную помощь.

Структура работы: дипломная работа выполнена на 46 страницах текста и состоит из введения, обзора литературы, двух глав собственных исследований, заключения, практических рекомендаций, списка используемых источников литературы и приложений. Работа содержит 17 рисунков. Библиографический список литературы содержит 11 источников и приложение.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПРИ ОКАЗАНИИ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

1.1. Паллиативная помощь. Определение, цели, задачи

«Паллиативная медицинская помощь – направление медико-социальной деятельности, активная, всеобъемлющая помощь пациенту, с неизлечимым заболеванием, цель которого – улучшение качества жизни больных и членов их семей, а также комплекс мер, включающий медицинскую и психологическую поддержку тяжелобольных людей и их родственников». Она направлена главным образом на облегчение тяжелых проявлений заболевания, купирование боли, а также на решение психологических, социальных и духовных проблем.

21 февраля 2019 Государственная Дума приняла в третьем чтении закон об организации паллиативной медицинской помощи. Накануне, выступая перед Федеральным собранием, Владимир Путин поручил депутатам ускорить принятие закона о паллиативной помощи. По оценке президента, в ней нуждаются от 800 тысяч до миллиона россиян [1, с. 153].

6 марта 2019 года президент России Владимир Путин утвердил закон об оказании паллиативной помощи после прохождения законопроекта через обе палаты Федерального собрания РФ. В документе, в числе прочего, отмечается, что в Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» вносятся изменения касательно облегчения связанной с заболеванием боли лекарствами, в том числе наркотического и психотропного характера (включая возможность предоставления гражданам, в рамках паллиативной помощи, бесплатных лекарственных препаратов).

Так же оказание паллиативной помощи в России регулирует приказом Минздрава № 187н, «Об утверждении Порядка оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению». В документе обозначены главные цели и задачи паллиативной помощи, такие как:

- обучать пациента и его родственников самоуходу и уходу;
- стараться максимально улучшить качество жизни пациента, влияя;
- организовывать психологическую помощь больному и поддержку его семье и близким;
- проведение бесед с больным на тему смерти, для выработки адекватного отношения к ней;
- решение социальных, юридических и этических вопросов, которые возникают в связи с тяжелой болезнью и приближением смерти человека;
- организовать активный двигательный режим;
- проведение рациональной обезболивающей терапии и борьба с возможными осложнениями.

Главными компонентами паллиативной помощи считаются:

- психологическая помощь и поддержка не только пациенту, но и его родственникам;
- гигиенический уход и обучение самоуходу;
- контроль за состоянием физиологического состояния;
- реабилитационные мероприятия;
- своевременная обезболивающая терапия, в соответствии с уровнем боли;
- забота об умирающих.

В основе паллиативного ухода за incurable больными не только в условиях стационара, но и в амбулаторных условиях находятся следующие постулаты:

- 1) общение и уход за пациентом с максимально адекватным милосердием и заботой. Главное, быть искренним и не навязывать излишнюю заботу;
- 2) всеобъемлющая поддержка, в различных областях жизни, что может позволить пациенту максимально полноценно;
- 3) психологическая поддержка пациента и его близких;
- 4) своевременная диагностика осложнений и применение различных

способов их решения.

Паллиативная медицинская помощь может оказываться в амбулаторных и стационарных условиях медицинскими работниками, которые прошли специальные курсы по повышению квалификации для работы с инкурабельными пациентами [5, с. 246].

Направление больных в медицинские организации, оказывающие паллиативную медицинскую помощь в амбулаторных условиях, осуществляют:

1) врачи-онкологи при наличии гистологически верифицированного диагноза;

2) врачи-терапевты участковые, врачи общей практики (семейные врачи) при наличии заключения врача-онколога об инкурабельности заболевания и необходимости проведения симптоматического и обезболивающего лечения.

Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 декабря 2014 года N 834н «Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и порядков по их заполнению» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 20 февраля 2015 года, регистрационный N 36160).

1.2. Организация оказания паллиативной помощи в амбулаторных условиях

Амбулаторное лечение паллиативных пациентов может проводиться как в дневном стационаре, так и в кабинете паллиативной помощи. Как правило дневной стационар входит в структурное подразделение больницы либо поликлиники и оказание медицинской помощи в нём организуется для пациентов, не нуждающихся в постоянном наблюдении и лечении, он выполняет следующие функции:

– выписка рецептов лекарственных наркотических и психотропных веществ, которые подлежат строгому контролю в Российской Федерации от 30

июня 1998 года №681 из списков два и три перечня наркотических веществ. Выписка осуществляется в соответствии с инструкцией о порядке выписывания лекарственных средств, оформления рецептов, утверждённой приказом Министерства здравоохранения от двенадцатого февраля 2007 года №110;

- предоставление паллиативной медицинской помощи пациентам, не нуждающимся в постоянном, круглосуточном медицинском наблюдении.
- организация условий для проведения медицинских мероприятий, пациентам, выписанным из стационара, но требующих наблюдения в течение нескольких часов без круглосуточного нахождения в Медицинской организации;
- разработка и проведение мероприятий по повышению доступности и качества паллиативной помощи и внедрение в практику новых эффективных и безопасных методов улучшения качества жизни неизлечимых больных;
- оказание социально-психологической помощи больным и их родственникам, обучение родственников навыкам ухода за тяжелобольными;
- иные функции в соответствии с законодательством Российской Федерации [2, с. 56].

Паллиативная медицинская помощь в амбулаторных условиях может оказываться в кабинетах паллиативной медицинской помощи, а также выездными патронажными службами, созданными в медицинских организациях.

Кабинет паллиативной медицинской является структурным подразделением поликлиники в его функции входит:

- оказание паллиативной медицинской помощи в амбулаторных условиях, в том числе на дому;
- обследование, динамическое наблюдение больных, нуждающихся в паллиативной медицинской помощи;
- выписка рецептов лекарственных средств, содержащих наркотические и психотропные вещества, из списка два и три перечня наркотических и психотропных веществ, которые подлежат контролю в

Российской Федерации, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 30 июня 1998 г. № 681, в соответствии с Инструкцией о порядке выписывания лекарственных препаратов, оформления рецептов утвержденной приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 12 февраля 2007 г. № 110;

- направление больных в медицинскую организацию, оказывающую паллиативную медицинскую помощь в стационарных условиях;
- организация консультаций больных врачом-специалистом по профилю основного заболевания больного и врачами других специальностей;
- оказание консультативной помощи врачам других специальностей по вопросам паллиативной помощи больным;
- разработка и проведение мероприятий по повышению доступности и качества паллиативной помощи и внедрение в практику новых эффективных и безопасных методов улучшения качества жизни больных;
- оказание социально-психологической помощи больным и их родственникам, обучение родственников навыкам ухода за больными;
- иные функции в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Порядок оказания амбулаторной паллиативной помощи в Российской Федерации [3, с. 564].

Первые шаги в России паллиативная медицина сделала в 1995 г., когда был организован фонд «Паллиативная медицина и реабилитация больных». В 2011 г. в России создана Ассоциация паллиативной медицины, охватывающая 44 региона страны. Основная цель Ассоциации – организация паллиативного сервиса в каждом субъекте Российской Федерации [8, с. 167].

Порядок сервиса в домашних условиях следующий:

- выездная мультидисциплинарная бригада обследует больного;
- после первого визита разрабатывается индивидуальный план ведения в соответствии со степенью тяжести, потребностями пациента. В план входят необходимые анальгетики с подробным описанием дозы и длительности

приема, при необходимости, сопутствующая симптоматическая терапия. Также представляется схема психологической коррекции, виды психотерапии. Подробно описывается план занятий с родственниками больного;

- выписка с рекомендациями и планом направляется к участковому онкологу по месту жительства или в онкологический диспансер;

- повторные визиты совершаются согласно выработанному плану или в экстренном порядке по вызову;

- если возникает потребность в госпитализации, решение принимает участковый врач-онколог совместно с заведующим отделения онкологического диспансера или главврачом хосписа;

- по желанию пациента организуется психологическая поддержка по телефону доверия;

- так же в амбулаторную паллиативную помощь входит оформление и контроль за своевременной выпиской рецептов на наркотические и психотропные лекарственные средства, организация выписки направление больного в стационар, социально-психологическая помощь не только больному, но и его родственникам;

Амбулаторная и медико-социальная помощь оказывается пациентам и в дневном стационаре.

Дневной стационар – это место недолговременного пребывания транспортабельных больных, страдающих прогрессирующими формами хронических заболеваний, которые не могут получить полный объем медицинской помощи на дому, а также их родственникам. Пациентов могут направить в дневной стационар если при лечебном учреждении отсутствует стационар на дому. Здесь они получают медицинскую и психологическую помощь, правовую и социальную поддержку. Пациенты имеют возможность общаться по интересам, получать юридические консультации, по возможности заниматься организацией досуга, заниматься музыкой, рисовать, устраивать прогулки на свежем воздухе и так далее. Если время приема лекарств или проведения каких-либо медицинских манипуляций приходится на период

пребывания больных в дневном стационаре, пациенты получают медицинскую помощь и имеют возможность отдохнуть на койке, диване, в кресле, инвалидной коляске и так далее [6].

Правила организации деятельности центра амбулаторной онкологической помощи:

- настоящие правила определяют порядок организации деятельности центра амбулаторной онкологической помощи медицинской организации, оказывающей первичную специализированную медико-санитарную помощь;

- центр амбулаторной онкологической помощи создается как структурное подразделение медицинской организации для оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара.

Центр рекомендуется создавать в медицинской организации (ее структурном подразделении) при численности обслуживаемого населения не менее 50 000 человек.

Центр организуется при наличии в медицинской организации, расположенных в пределах имущественного комплекса, функционально и технологически объединенного с Центром:

- рентгеновского отделения (кабинета/ов), оснащенного оборудованием для проведения рентгенологических исследований, рентгеновских профилактических исследований легких, рентгеновских маммографических исследований и рентгеновской компьютерной томографии;

- эндоскопического отделения (кабинета);

- отделения (кабинета) ультразвуковой диагностики;

- отделения (кабинет) функциональной диагностики;

- клинико-диагностической лаборатории.

Функциональное и технологическое объединение означает размещение указанных подразделений в пределах одного здания или комплекса зданий.

В медицинской организации, в структуре которой создан Центр, должна быть обеспечена возможность проведения консультаций пациентов (их

законных представителей) врачами-специалистами по профилям: «акушерство и гинекология», «гастроэнтерология», «дерматовенерология», «кардиология», «колопроктология», «медицинская реабилитация», «неврология», «оториноларингология», «паллиативная медицинская помощь», «пульмонология», «терапия», «урология», «хирургия», «эндокринология». При отсутствии необходимых врачей-специалистов в медицинской организации возможно привлечение врачей-специалистов из других медицинских организаций по договору между организациями при условии наличия у таких медицинских организаций лицензии на соответствующие работы (услуги).

Центр возглавляет заведующий, назначаемый на должность и освобождаемый от должности руководителем медицинской организации, в составе которой создан Центр.

На должность заведующего и врача-онколога Центра назначается специалист, соответствующий Квалификационным требованиям к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием по направлению подготовки «Здравоохранение и медицинские науки» по специальности «онкология».

Структура и штатная численность Центра утверждаются руководителем медицинской организации, в составе которой он создан, и определяются исходя из объема проводимой лечебно-диагностической работы с учетом рекомендуемых штатных нормативов, предусмотренных приложением № 6.2 к Порядку оказания медицинской помощи населению по профилю «онкология».

Оснащение Центра осуществляется в соответствии со стандартом оснащения, предусмотренным приложением № 6.3 к Порядку оказания медицинской помощи населению по профилю «онкология».

В структуре Центра рекомендуется предусматривать кабинет заведующего, кабинеты для приема больных и помещение дневного стационара.

Основными функциями Центра являются:

- диагностика онкологических заболеваний, включая установление

распространенности онкологического процесса и стадии заболевания;

- направление больных с онкологическими заболеваниями в онкологический диспансер или медицинскую организацию, оказывающую медицинскую помощь больным с онкологическими заболеваниями, на взятие биопсийного (операционного) материала, в случае невозможности взятия в медицинской организации, в составе которой организован центр амбулаторной онкологической помощи, проведения иных диагностических исследований или для оказания специализированной медицинской помощи;

- проведение противоопухолевой лекарственной терапии больным с онкологическим заболеванием в соответствии с решением консилиума врачей-онкологов и врачей-радиотерапевтов, с привлечением при необходимости других врачей-специалистов, проведенного в онкологическом диспансере или в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь больным с онкологическими заболеваниями, в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара;

- осуществление оценки эффективности и переносимости проводимого лечения с использованием лабораторных и инструментальных методов исследования;

- проведение восстановительной и корригирующей терапии, связанной с возникновением побочных реакций на фоне высокотоксичного лекарственного лечения;

- оказание паллиативной помощи, включая назначение противоболевой терапии;

- консультативная помощь врачам-специалистам, оказывающим первичную врачебную медико-санитарную помощь больным с онкологическими заболеваниями, контроль за проведением симптоматического лечения больным с онкологическими заболеваниями;

- назначение лекарственных препаратов, в том числе наркотических средств и психотропных веществ, внесенных в список второй перечня наркотических средств, психотропных веществ, подлежащих контролю в

Российской Федерации, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 30 июня 1998 г. № 681, оформление рецептов на лекарственные препараты;

- осуществление диспансерного наблюдения за больными с онкологическими заболеваниями, в том числе за получающими лекарственную противоопухолевую терапию, контроль лабораторных показателей, при развитии токсических реакций - своевременное направление больных в онкологический диспансер или в медицинскую организацию, оказывающую медицинскую помощь больным с онкологическими заболеваниями;

- направление больных с онкологическими заболеваниями для паллиативного лечения в медицинские организации, располагающие отделениями паллиативной помощи;

- анализ причин отказов больных с онкологическими заболеваниями от лечения в медицинских организациях;

- санитарно-гигиеническое просвещение населения;

- анализ и разбор диагностических ошибок и причин запущенности онкологических заболеваний с врачами-терапевтами, врачами-терапевтами участковыми, врачами общей практики (семейный врач), а также врачами-специалистами;

- участие в оформлении медицинской документации больных со злокачественными новообразованиями для направления на медико-социальную экспертизу;

- ведение учетной и отчетной документации, предоставление сведений в информационные системы, указанные в части 1 статьи 91 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;

- анализ случаев смерти в течение первого года с момента установления диагноза онкологического заболевания;

- оказание методической помощи по планированию и организации профилактической работы, включающей методологическую помощь

медицинским работникам, оказывающим первичную медико-санитарную помощь, в том числе в раннем распознавании опухолевой патологии.

Центр для обеспечения своей деятельности использует возможности лечебно-диагностических и вспомогательных подразделений медицинской организации, в составе которой он организован [9].

1.3. Деятельность медицинской сестры при оказании паллиативной помощи

Для того, чтобы быть допущенным к оказанию паллиативной медицинской помощи инкурабельным больным, медицинский персонал должен пройти специальное обучение. На данный момент ему уделяется достаточное внимание. В рамках конференции «Ассоциации оказания паллиативной помощи» в 2013 году была основана первая в Российской Федерации кафедра паллиативной медицины на факультете дополнительного профессионального образования [4, с. 28].

Основными её целями являются:

- обучение по программам додипломного и дополнительного профессионального образования;
- научное обоснование и разработка методов паллиативной медицинской помощи.

По окончании обучения медицинские работники обязаны быть осведомлёнными о:

- порядке организации системы оказания паллиативной помощи;
- схемах маршрутизации пациентов по профилю их заболевания;
- показания и противопоказания для предоставления услуг медицинской помощи паллиативным больным.

Обладать следующими навыками и умениями:

- осуществлять своевременный контроль за состоянием пациентов и симптоматики заболевания;

- уметь оказывать полный объем медицинских мероприятий направленных на уменьшение страданий пациента;
- оказывать психологическую поддержку, помогая больному адаптироваться к изменившимся условиям жизни в следствии воздействия заболевания;
- оказывать влияние на улучшение качества жизни инкурабельных пациентов.

Следуя данной тенденции Медицинский Колледж НИУ «БелГУ» развивает проект «Школа паллиативного ухода». Школа является частью образовательного проекта, который реализуется в Белгороде и Белгородской области по инициативе Городской больницы №1, Медицинского института и Медицинского колледжа НИУ «БелГУ». Материалы, публикуемые в Школе, подготовлены опытными преподавателями и специалистами в области оказания долговременной помощи тяжелобольным пациентам.

Модераторами проекта являются Пономарева И.П., к.м.н., доцент Медицинского института НИУ «БелГУ» и Олейниц Э.В., преподаватель Медицинского колледжа НИУ «БелГУ».

В школе обучают основам паллиативного ухода, объясняют роль медицинского персонала в нём, задачи медицинской сестры при уходе за паллиативными пациентами, особенности соблюдения этических норм.

Медицинская сестра, реализующая свою деятельность в паллиативном уходе за пациентами, должна знать правила сестринского ухода:

1. К основным правилам ухода при оказании паллиативной помощи, следует отнести:
 - отношение к биологической смерти, как естественному процессу, расставляя важные приоритеты;
 - делать жизнь пациента максимально комфортной, облегчая проявление болевых симптомов и различных проблем, связанных с заболеванием, не ускоряя и не замедляя естественный уход из жизни;
 - поддержание активной жизнедеятельности пациента во всех сферах

жизни, поддерживая его духовно и психологически;

- оптимальная поддержка семьи в момент смерти близкого и первое время после;

2. Медицинскую этику и деонтологию:

- нести ответственность за жизнь и здоровье пациентов;
- воспринимать смерть как естественный процесс осознавая её неизбежность;

- соблюдать врачебную тайну

- оказывать бескорыстную помощь;

- уважительно относиться к мнению, просьбам и желаниям пациента, на финальном этапе его жизни.

3. Для работы с инкурабельными больными, медицинская сестра должна уметь составлять индивидуальный план ухода, который должен вноситься корректироваться при изменении состояния пациента или при неэффективности лечения;

4. В рамках сестринских полномочий, проводить беседы и консультации с пациентами;

5. Учитывать религиозные, социальные, физические и психологические потребности пациента;

6. Знать правила здорового образа жизни, на практике создавать условия для соблюдения их пациентами;

7. В рамках сестринских компетенций уметь оказывать медицинскую помощь при ухудшении состояния паллиативных пациентов [11, с. 174].

Для того чтобы ухаживать за инкурабельными пациентами, недостаточно одной теории, нужно практическое подкрепление знаний, поэтому медсестра должна уметь:

- не теряться в нестандартных ситуациях, уметь грамотно принимать решения в экстренных ситуациях;

- при необходимости объяснения диагноза близким и/или родственникам, делать это общедоступными терминами;

- заниматься как с пациентом, так и с родственниками, обучая их правилам самоухода, ухода, самопомощи и первой помощи;
- владеть навыками тайм менеджмента;
- уважительно и сдержанно относиться к пациентам и их просьбам;
- в рамках сестринской компетенции оказывать психологическую помощь пациентам;
- качественно выполнять сестринские манипуляции;

Для инкурабельных больных основной проблемой является – боль. Боль – это субъективное ощущение, вызванное зачастую воздействием на нервные окончания, так же болезненные ощущения могут быть вызваны психологическими переживаниями пациентов [10, с. 94].

Болевые ощущения могут перейти в хроническую форму, как следствие, пациенты будут находиться в постоянном напряжении, что может вызывать необратимые осложнения, может усиливаться страх смерти и развиваться глубокая депрессия. Поэтому обезболивающей терапии уделяется много внимания, медицинской сестре должна точно соблюдать по облегчению хронической боли:

- лечить не только пациента, но и его семью;
- для специфического купирования боли необходимо дифференцировать вид и локализацию боли;
- боль следует лечить превентивно, а не по потребности;
- при купировании боли исходить из принципа, что пациент всегда прав;
- ограничить и держать под контролем использование пациентом собственных лекарственных средств.

При этом необходимо последовательно решать следующие задачи:

- увеличить продолжительность сна;
- облегчить боль во время отдыха;
- облегчить боль, когда пациент находится на ногах или занимается какой-либо деятельностью.

Лекарственная терапия является основным способом контроля за болевыми ощущениями.

Согласно рекомендациям всемирной организации здравоохранения, для купирования боли у паллиативных больных можно использовать трехступенчатую программу, под названием «обезболивающая лестница»:

1. Первая ступень включает в себя первоначальную терапию боли предусматривая назначение периферических анальгетиков таких как, ацетилсалициловая кислота, парацетамол, НПВП. Не исключено назначение вспомогательных лекарственных препаратов;

2. Если болезненные ощущения не стихают, а наоборот продолжаются или усиливаются, начинается вторая ступень - назначаются периферические анальгетики, плюс слабые опиоиды, при необходимости могут назначить ко-анальгетики (антидепрессанты, нейролептики, противосудорожные, снотворные, кортикостероиды);

3. Третья ступень начинается если боль по-прежнему не стихает, в этом случае применяют сильнодействующие опиаты, такие как морфин, при необходимости добавляют периферические анальгетики и ко-анальгетики, а также центрально-действующие анальгетики-опиаты. Если, обезболивающей терапии для пациента недостаточно, и он продолжает испытывать боль, врач должен исходить из принципа: «пациент всегда прав». Измученные болью больные в терминальной стадии болезни порой действительно недостаточно получают опиатов, поэтому к ним стоит относиться с пониманием и сочувствием [7, с. 246].

ГЛАВА 2. ПРАКТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ОКАЗАНИИ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

2.1. Методика проведения исследования

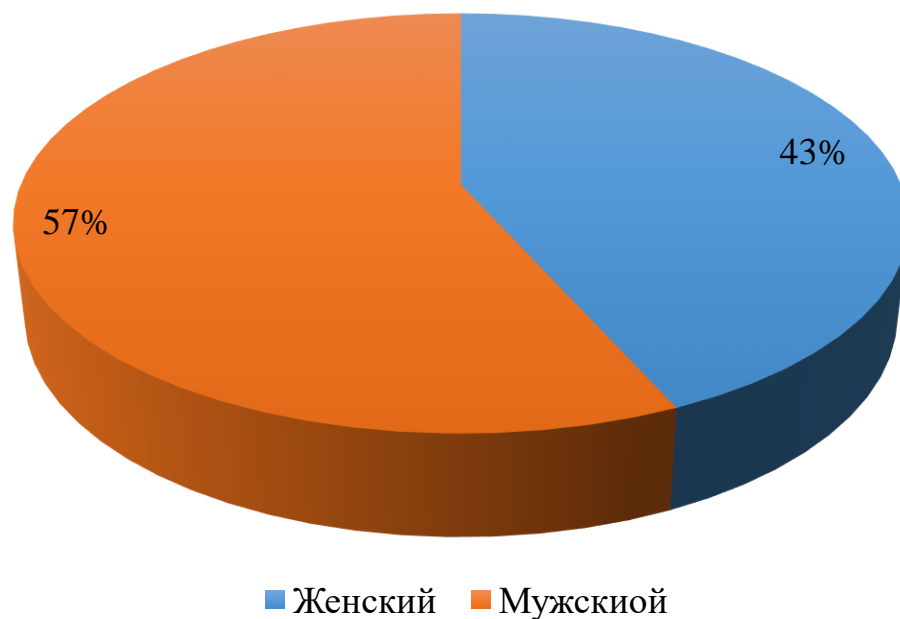
Для удобства практическое исследование было разбито на несколько этапов:

В первом этапе исследования мы провели обширный анализ теоретической информации принципов профессиональной деятельности медсестры при оказании паллиативной помощи в амбулаторных условиях.

После проведения анализа теории, мы приступили ко второму этапу исследования. Нами была составлена анкета, вопросы которой направлены на изучение деятельности медицинской сестры при работе с incurable patients в амбулаторных условиях, через пациентов. В анкете, предоставленной для опрашиваемых заданы 17 вопросов, 9 из которых имеют варианты ответа «да» или «нет», в оставшихся 8 вопросах по 3-4 варианта ответов. Анкетирование было проведено в сроках с апреля по май 2019 года, нами были опрошены 30 респондентов, обратившихся на приём в ОГБУЗ «Белгородский Онкологический Диспансер» в поликлинику, либо находившихся на лечении в дневном стационаре. Далее мы провели подсчет и анализ результатов анкетирования.

2.2. Исследование роли медицинской сестры в оказании паллиативной помощи в амбулаторных условиях

Для того, чтобы лучше знать обследуемую группу респондентов, нами был задан вопрос о половой принадлежности опрашиваемых. В результате, нами были получены следующие данные:



Ошибка! Источник ссылки не найден.. Пол

Исходя из отраженных в диаграмме (Рис. 1) данных, следует вывод, что мужчины болеют незначительно чаще, чем женщины – 57%.

Для изучения возрастных критериев, нами был задан вопрос о возрасте.

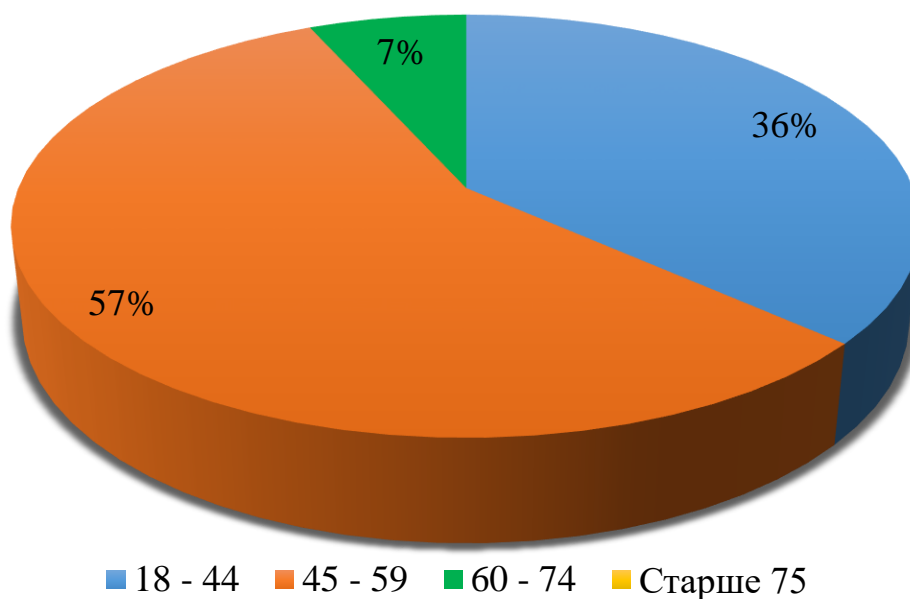


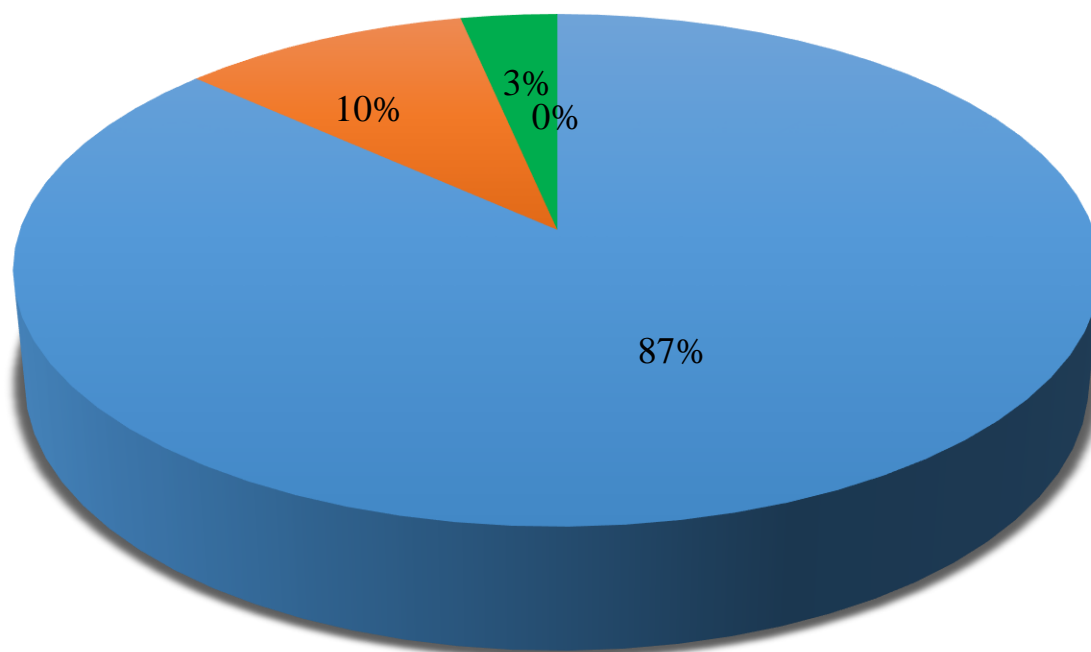
Рис. 2. Возраст респондентов

В диаграмме (Рис. 2), среднее количество – 36%, составили респонденты в возрасте 18-44 года, наиболее многочисленную категорию составляют респонденты в возрасте от 45 до 59 лет. Наименьшее количество составили пациенты в группе от 60 до 74 лет.

В соответствии с Приказом Министерства здравоохранения РФ от 15 ноября 2012 г. N 915н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «онкология» С изменениями и дополнениями от: 23 августа 2016 г., 4 июля 2017 г., 5 февраля 2019 г. в соответствии со статьей 37 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст. 6724; 2012, N 26, ст. 3442, ст. 3446) Пункт 11 изменен с 1 мая 2019 г. - Приказ Минздрава России от 5 февраля 2019 г. N 48Н, при появлении подозрения на онкологическое заболевания врач – терапевт обязан в течение 5 дней отправить пациента на консультацию в Областной онкологический диспансер. В компетенцию медицинской сестры входят следующие мероприятия, необходимые при направлении пациента на консультацию:

- электронная запись пациента на консультацию;
- информирование о важности своевременного обследования;
- информирование о важности своевременной консультации;
- информирование о сроках проведения исследования и консультации;
- информирование о времени и месте проведения обследования и консультации;
- помощь пациенту в сборе необходимой для консультации документации в Областном Онкологическом Диспансере: документы, подтверждающие личность, страховой медицинский полис, результаты анализов и результаты исследований.

Нами был задан вопрос: «В какой срок была проведена консультация при возникновении подозрения на онкологическое заболевание?».



■ 1-5 дней ■ 6-10 дней ■ 10 дней - 1 месяц ■ Более месяца

Рис. 3. Сроки консультирования в Областном онкологическом диспансере

Из данной диаграммы (Рис. 3), мы видим, что 87% пациентов были проконсультированы в течении 5 дней с момента подозрения на заболевание. Что является хорошим показателем, так же важным аспектом оказания паллиативной помощи, является срок утверждения диагноза, после проведения гистологических, патологоанатомических исследований, необходимых для его подтверждения.

В соответствии с Приказом Министерства здравоохранения РФ от 15 ноября 2012 г. N 915н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «онкология» пункта 12 изменённого с 1 мая 2019 г. - Приказ Минздрава России от 5 февраля 2019 г. N 48Н, диагноз должен

быть утверждён не позднее 15 рабочих дней. Поэтому в ходе исследования было выявлено следующие:

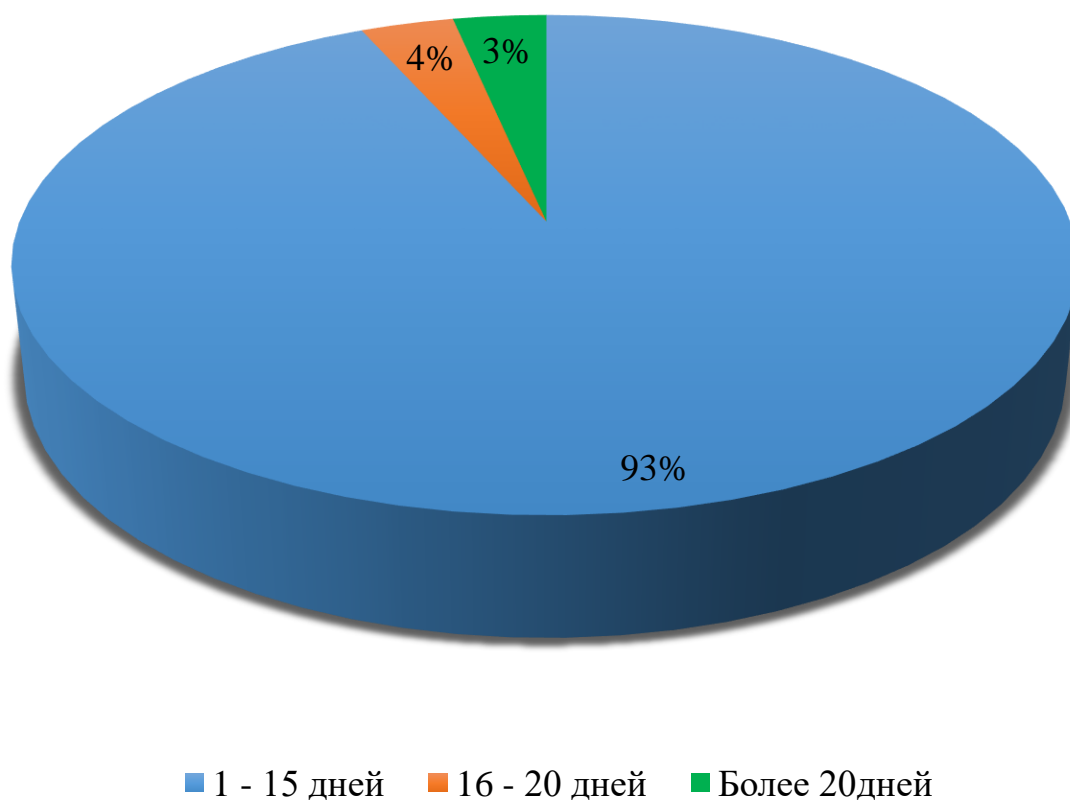


Рис. 4. Сроки утверждения диагноза

На диаграмме (Рис. 4) 93% опрошенных, отметили, что их диагноз установили в сроке от 1 до 14 дней и всего 3% ожидали более 20 дней.

В процессе лечения инкурабельных пациентов обязателен контроль за своевременной сдачей анализов и проведением исследований для оценки эффективности выбранного метода лечения. В задачи медицинской сестры входит:

1. Мониторинг своевременности прохождения пациентов в положенные сроки назначенных процедур;
2. Заполнение документации;
3. Контроль за своевременной сдачей пациентами анализов.

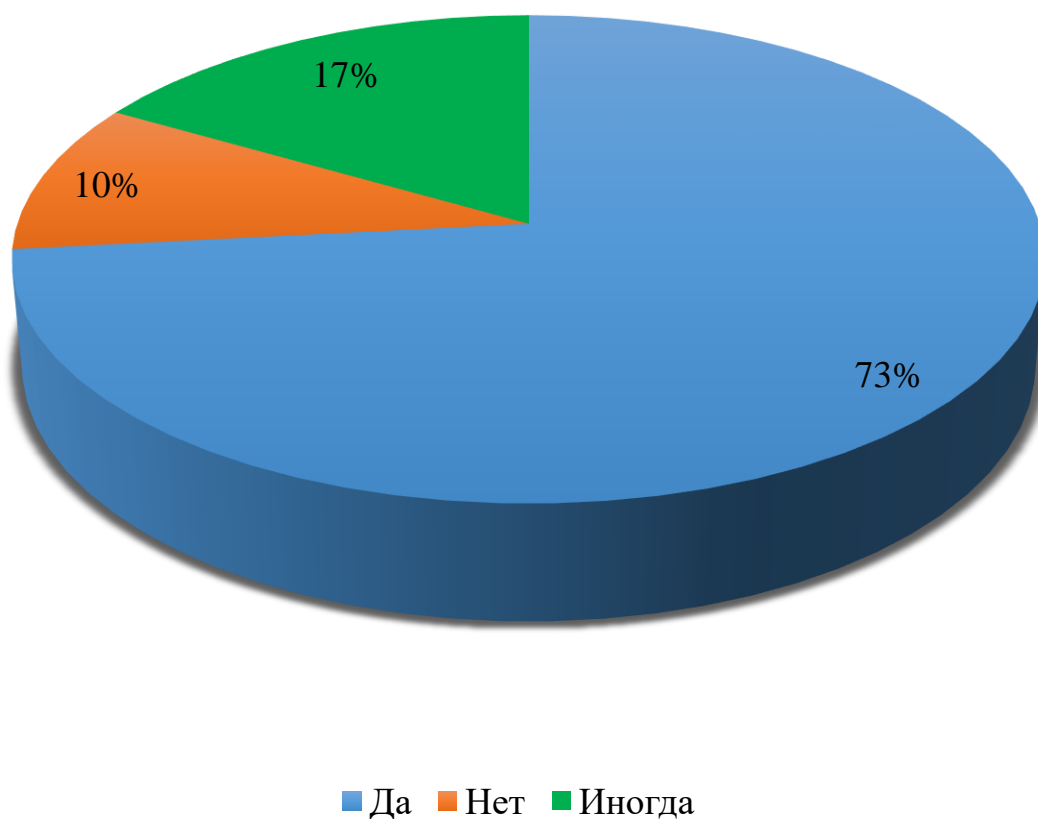


Рис. 5. Мониторинг исследований

Исходя из полученных данных (Рис. 5), медицинская сестра проводила контроль за своевременной сдачей анализов и проведением исследований в 73%, 10% опрошенных ответили, что мониторинг не проводился и 17% ответили, что контроль за сдачей анализов и исследованиями проводился иногда.

Бывает так, что incurable больные отказываются от лечения, анализ причин является одной из функций лечебно-профилактических учреждений оказывающих паллиативную помощь, основными из них являются:

- страх больничной среды;
- страх быть отвергнутым;
- боязнь одиночества;

- боязнь потерять социально-экономический статус;
- религиозные убеждения;
- боязнь предполагаемого лечения;
- недоверие к медицинскому персоналу и медицине в целом;
- страх потерять внешнюю привлекательность;
- боязнь разглашения конфиденциальной информации.

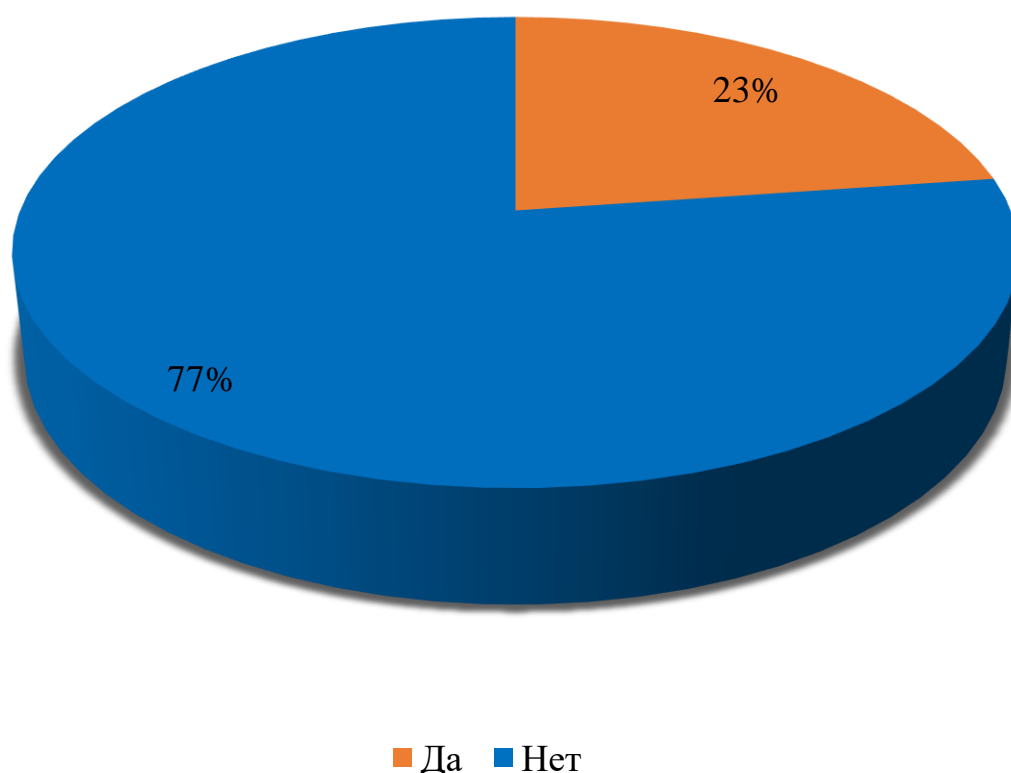


Рис. 6. Отказ от лечения

Изучая полученные данные (Рис. 6), мы выявили, что в большинстве случаев – 77% пациенты не отказываются от лечения.

Пациенты согласившиеся на лечение и имеющие возможность передвигаться самостоятельно, направляются в дневной стационар, тяжело больные же, находятся под домашним наблюдением. Лечение проводится либо по месту жительства, что в большинстве случаев удобнее для пациентов, либо в

онкологическом диспансере, где лечение будет более специализированное.

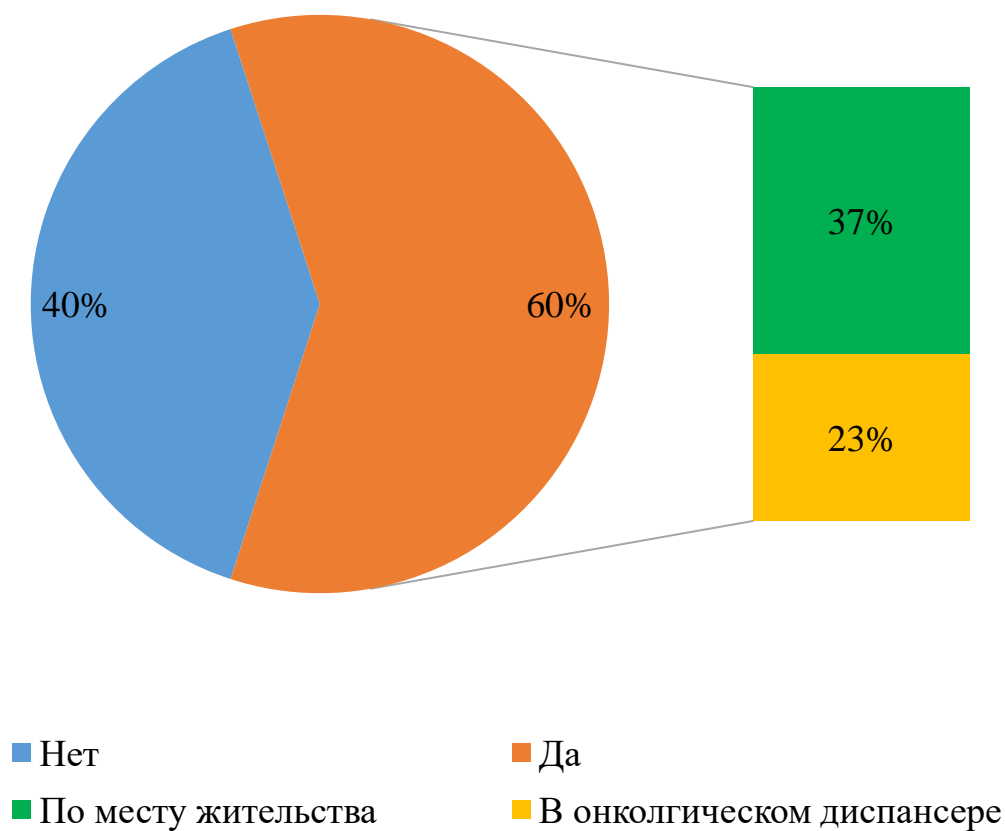


Рис. 7. Лечение в дневном стационаре

Анализируя результаты опроса (Рис.7) мы видим, что большинство опрошенных получали лечение в условиях дневного стационара по месту жительства.

Умение ухаживать за собой важно для любого человека, особенно для больного, пациенты должны уметь сами себя обслужить, для этого медицинской сестре следует проводить обучающие беседы, показывать наглядные пособия, приглашать пациентов более опытных для обмена опытом. Так же важно обучить пациентов особенностям самопомощи в зависимости от их нозологии, медицинская сестра должна рассказать, как справиться с болью, какие позы стоит принимать при приступах, как, в каких дозах и когда дозволено использовать лекарства для купирования симптомов заболевания.

Проведя исследование, мы получили следующие результаты:

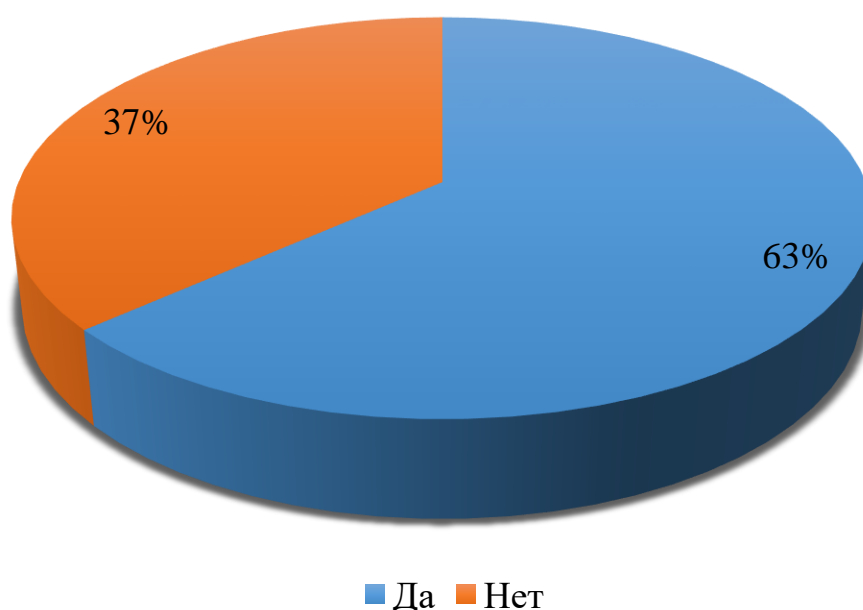


Рис. 8. Обучение самоуходу

Большинство опрошиваемых выбрали положительный результат и 37% (Рис. 8.) ответили, что медицинская сестра не обучала их правилам самоухода и самопомощи.

Если пациент не имеет возможности обслуживать сам себя, чаще всего эту ответственность на себя берут его близкие и / или родственники, их обучение правилам ухода входит в компетенцию медицинской сестры. Следует проводить беседы, организовать возможность отработки практического навыка хотя бы основных манипуляций, таких как:

- профилактика пролежней;
- смена постельного белья тяжелобольному;
- смена нательного белья тяжелобольному;
- неотложная помощь при рвоте;
- гигиеническая обработка полости рта;
- гигиеническая обработка тела;
- подкладывание судна.

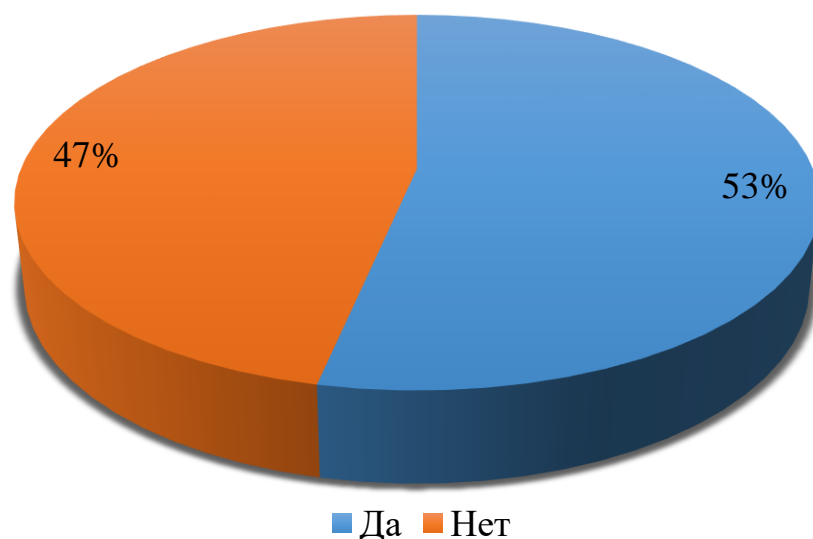


Рис. 9. Обучение родственников правилам ухода

Исходя из данных диаграммы (Рис. 9), 53% ответили, что с ними проводились беседы, поэтому мы делаем вывод, что медицинская сестра обучает близких и / или родственников пациента правилам ухода и помощи, если его состояние не позволяет это самостоятельно.

В компетенцию медицинской сестры так же входит своевременное выявление и оказание помощи при развитии побочного действия от лекарств или используемой терапии. Как известно для паллиативных больных серьёзной проблемой являются побочные эффекты от химиотерапии, облучающей терапии и приёма больших доз медикаментозных препаратов. Больше всего страдают:

1. Сердечно-сосудистая система;
2. Желудочно-кишечный тракт - больные страдают тошнотой, рвотой чаще всего не приносящей облегчения, запорами или диареей, понижается аппетит;
3. Кровеносная система - развиваются анемия, лейкопения и тромбоцитопения;
4. Печень, так как многие препараты обладают гепатотоксичным эффектом.

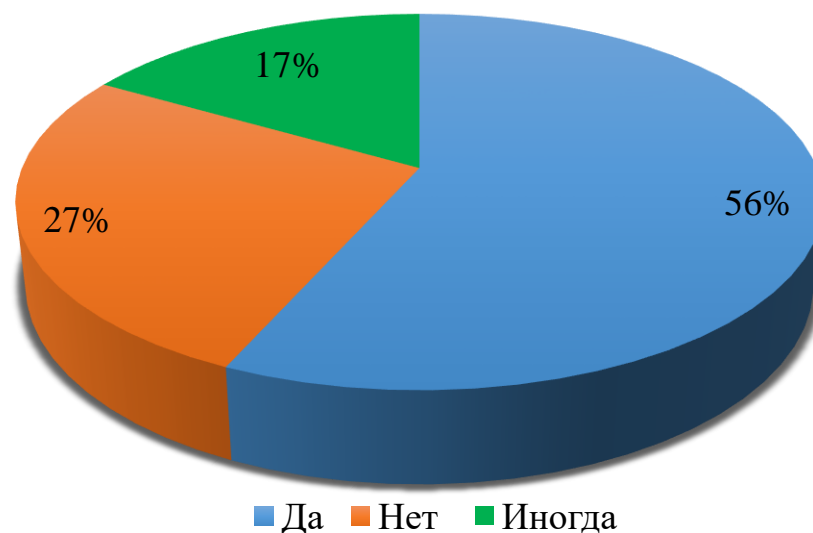


Рис. 10. Контроль проявления побочных эффектов

По результатам опроса (Рис. 10), выявлено, что у 56% паллиативных пациентов, медицинской сестрой проводился контроль за побочным действием используемой терапии. Контроль за побочными эффектами очень важен, так как от него напрямую зависит качество жизни и самочувствия пациентов. Следующий вопрос был направлен на выявление деятельности медсестры сестры, связанной с возникновением побочных эффектов.

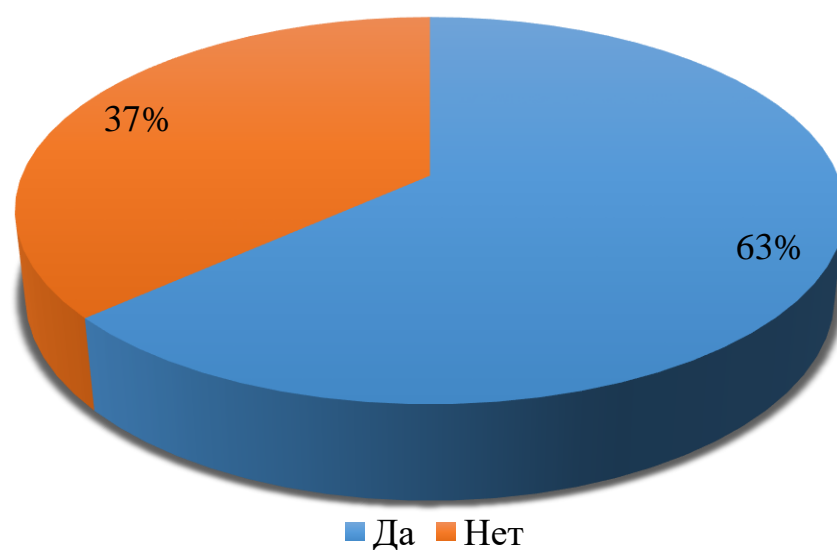


Рис. 11. Помощь при возникновении побочных эффектов

Анализируя полученные данные (Рис. 11), мы получили следующие результаты: 63% пациентов ответили, что медицинская сестра помогала им при возникновении побочных эффектов. Для лечения инкурабельных пациентов используют множество лекарственных препаратов, многие из которых являются дорогостоящими. В соответствии с «Конституцией Российской Федерации» (принятой всенародным голосованием 12.12.1993) (с учетом поправок, внесенных Законами Российской Федерации о поправках к Конституции Российской Федерации от 30.12.2008 N 6-ФКЗ, от 30.12.2008 N 7-ФКЗ, от 05.02.2014 N 2-ФКЗ, от 21.07.2014 N 11-ФКЗ) в статье 4, указывается, что:

«Каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь. Медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений.» Поэтому было решено задать вопрос о том, как часто пациенты вынуждены сами оплачивать лекарственные средства».



Рис. 12. Приобретение лекарственных препаратов за собственные средства

К сожалению лекарственное обеспечение осуществляется не полноценно, большая часть опрошиваемых ответила (Рис. 12), что иногда приходилось самим оплачивать лекарственные средства необходимые для лечения.

Все пациенты, находящиеся на лечении должны пожизненно состоять на диспансерном учёте, так как возможен рецидив заболевания.

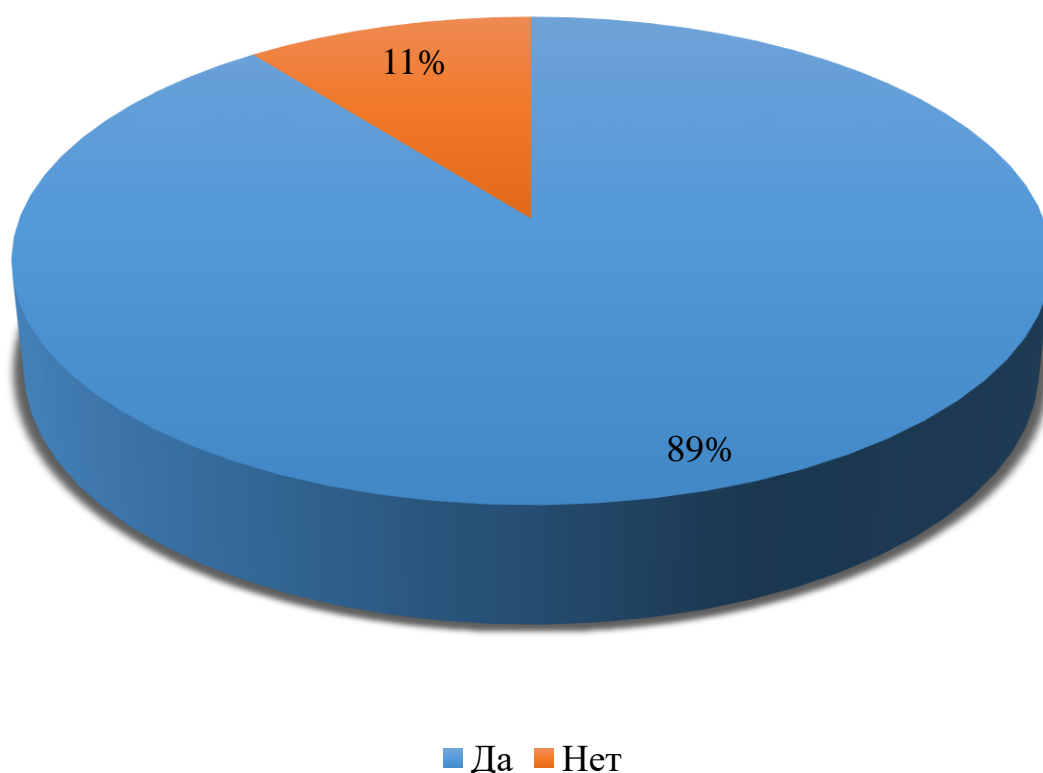
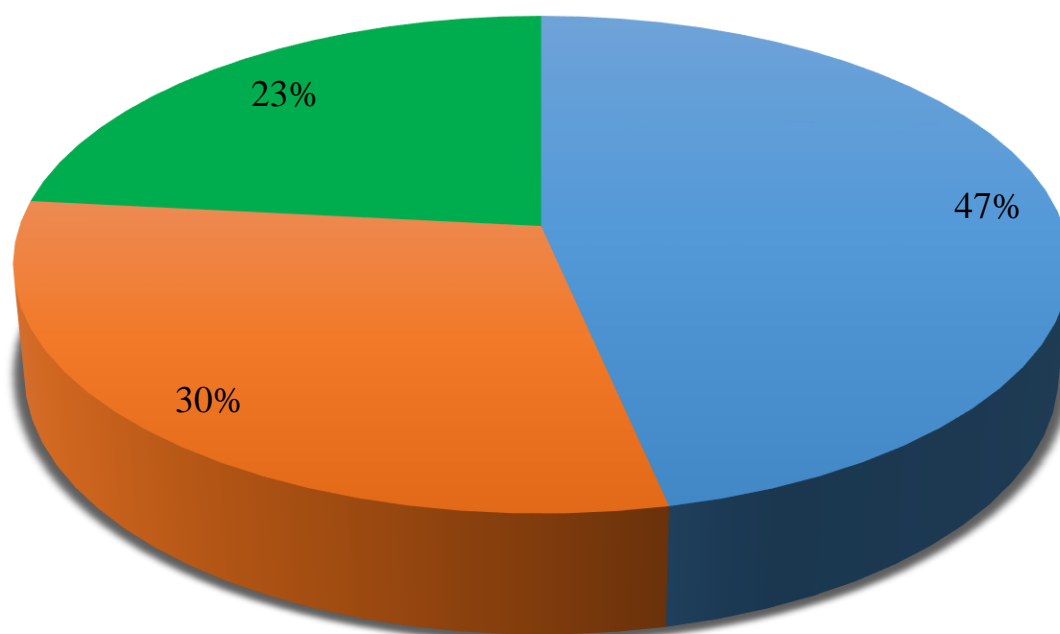


Рис. 13. Диспансерный учет

Анализируя данные диаграммы (Рис.13) мы видим, что 89% ответили, что состоят на диспансерном учёте пожизненно и малая часть опрошиваемых нет.

Для пациентов, находящихся на учете обязательно проводиться диспансерный осмотр в том случае, когда течение заболевания не требует изменения тактики ведения больного. В течение первого года осмотр проводят один раз в три месяца, в течение второго года - один раз в шесть месяцев и в дальнейшем - один раз в год. Что бы проверить соблюдаются ли данные критерии в анкету был включён вопрос о частоте проведения осмотров.



■ 1 раз в 3 месяца ■ 1 раз в 6 месяцев ■ 1 раз в год

Рис. 14. Диспансерный осмотр

Результаты опроса (Рис. 14) показали следующие: большинство анкетированных, а именно 47% проходят диспансерный осмотр 1 раз в 3 месяца, 30% проходят осмотр 1 раз в 6 месяцев и 23% 1 раз в год.

Многие incurable больные испытывают постоянные и сильные боли, чаще всего не купируемые обычными обезболивающими, поэтому требуется применение наркотических анальгетиков. Их выписка может организовываться в кабинетах паллиативной помощи и дневных стационарах по назначению лечащего врача. А информирование пациента о частоте инъекций, об отчетности (сдаче своевременно ампул), осуществление контроля приема наркотических средств и обучение пациента и его родственников технике их введения, входит в компетенцию медицинской сестры.

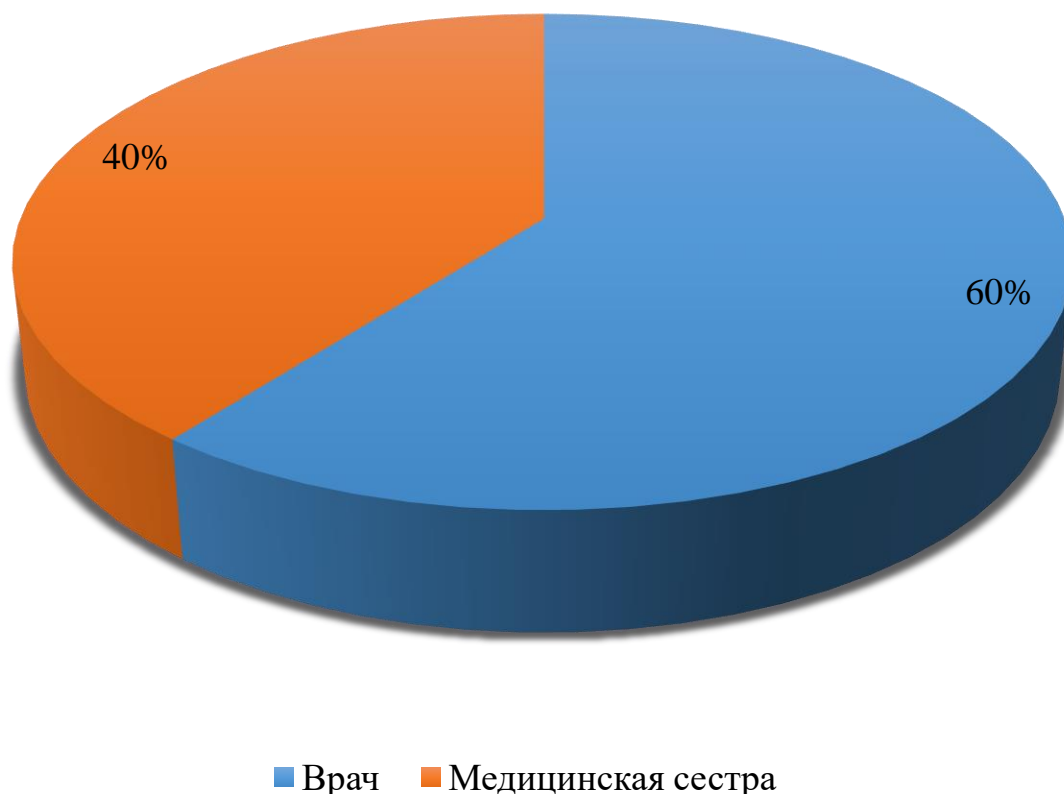


Рис. 15. Организация выписки наркотических средств

Из данных диаграммы мы видим (Рис. 15), что в большинстве случаев организацией выписки наркотических средств занимается врач, а 40% данных обязанностей исполняет медицинская сестра.

Реабилитация инкурабельных больных – это помощь в адаптации к изменившимся условиям жизни и улучшение её качества, минимализация возможного рецидива и побочного действия лекарственных средств. Медицинской сестре необходимо проводить консультации и рекомендовать посещение пациентами кабинетов физиотерапии, акупунктуры для восстановления двигательной активности. Проводить психологическую работу с больными. Одним из самых важных аспектов в реабилитации паллиативных пациентов, является эрготерапия – целью данной области медицины является восстановление утраченных навыков самоухода необходимых в повседневной жизни.

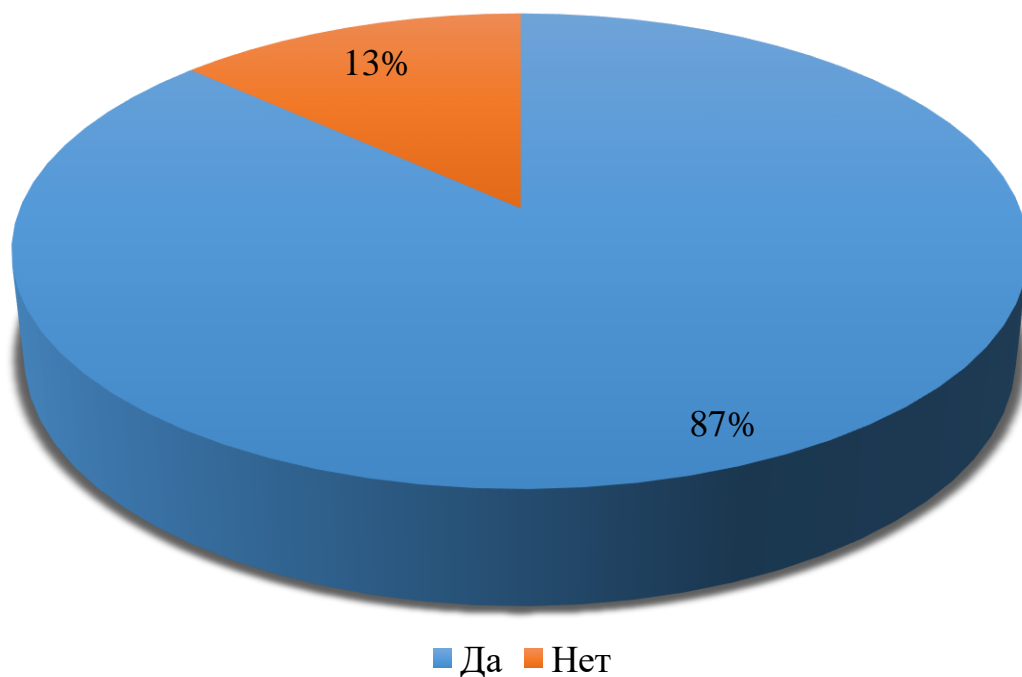


Рис. 16. Помощь в адаптации

Исходя из диаграммы (Рис. 16) помощь в адаптации получают 87% опрошенных, что является хорошим показателем.

Чаще всего в адаптацию паллиативных пациентов входит и помощь при утрате функций, таких как:

- речь;
- зрение;
- мелкая моторика;
- память;
- движение.

Для восстановления утраченных функций используются различные методики и комплексы упражнений. С пациентами проводят занятия специально обученные медицинские сотрудники, медицинская сестра отслеживает эффективность проводимых занятий, контролирует регулярность посещения пациентом кабинета реабилитации. Так же пациенту предоставляют вспомогательные средства реабилитации: ходунки, костыли, поручни.

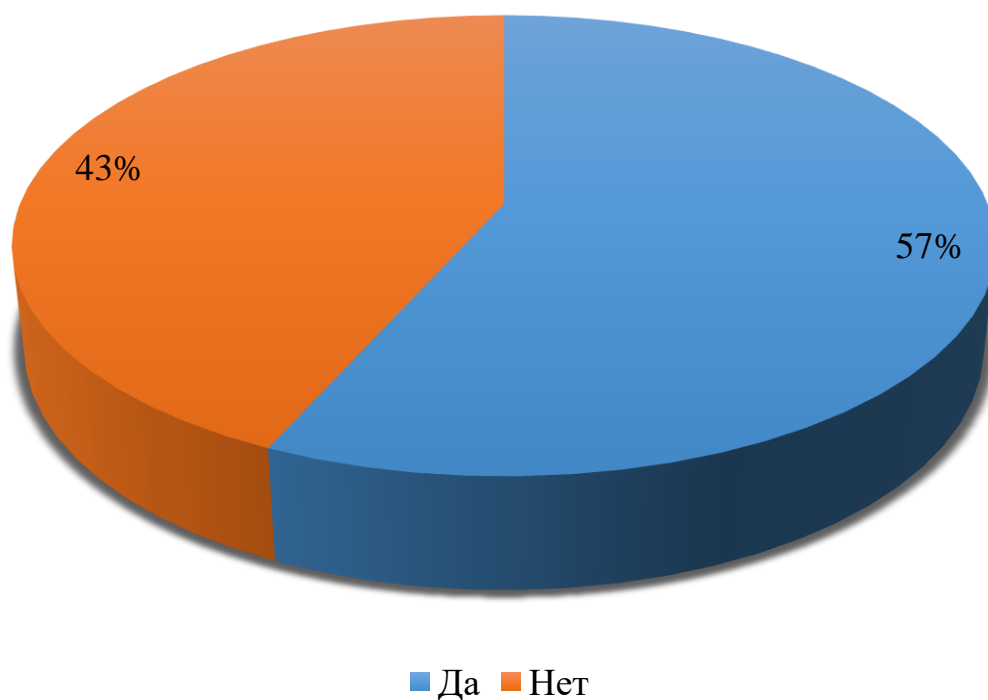


Рис. 17. Помощь в восстановлении утраченных функций

Изучая полученные данные (Рис. 17), можно сделать вывод, что в 57% случаев медицинская сестра занималась либо организовывала помощь в восстановлении утраченных функций.

Оказание паллиативной помощи – это очень сложная система мероприятий, необходимых для того, чтобы улучшить качество жизни не только самого пациента, страдающего от неизлечимого заболевания, но и его семьи, и близких ему людей. Деятельность медицинской сестры в оказании амбулаторной помощи пациентам очень важна, ведь на стационарном лечении круглосуточного содержания пациенты не могут находить постоянно, не всем пациентам необходимо круглосуточное наблюдение, большую часть времени они проводят вне стен больницы. Именно в этот период они нуждаются в поддержке, информировании и уходе. Медицинская сестра, должна учитывать все нюансы данной ситуации и сопровождать больного на этом не легком пути.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проведя исследование необходимо отметить, что на фоне демографического постарения населения в Российской Федерации с каждым годом отмечается увеличение количества больных, нуждающихся в оказании паллиативной помощи, и только совместными усилиями медицинских работников, в особенности медицинских сестер, власти нашего общества, волонтеров представляется возможным цивилизованно оказывать медико-социальную и психологическую помощь incurable больным, обеспечивая им, насколько это возможно, адекватное диагнозу качество жизни.

В масштабах страны по-прежнему остаются недостаточно решенными проблемы организации паллиативной помощи incurable больным в амбулаторно-поликлинических условиях.

Анализируя данные проведенного нами исследования, можно сделать следующие **выводы**:

1. Деятельность медицинской сестры в паллиативной практике требует большой выносливости, исключительной тактичности по отношению к пациентам, понимание важности деонтологии, этики и морали;
2. Большая часть опрошенных составили мужчины – 57% в возрасте 45-59 лет;
3. Сроки установленные для проведения консультации в соответствии с Приказом Министерства здравоохранения РФ от 15 ноября 2012 г. Пункт 11 изменен с 1 мая 2019 г. - Приказ Минздрава России от 5 февраля 2019 г. N 48Н в течение 1-5 дней реализуются в Областном онкологическом диспансере в 87% случаях, срок утверждения диагноза не превышает 15 дней в 93% случаев;
4. 73% опрошенных ответили, что медицинская сестра проводила мониторинг своевременно исследований;
5. 23% респондентов отказались от медицинской помощи, 77% респондентов осознавали важность лечения;
6. 60% анкетированных получали лечение в дневном стационаре, чаще

по месту жительства – 37%, 23% находились на лечении в онкологическом диспансере;

7. Большинство респондентов были обучены правилам самоухода и самопомощи, но, к сожалению 37% выбрали отрицательный ответ;

8. Медицинская сестра обучала родственников пациента правилам ухода и первой помощи в 57% случаев;

9. В 56% случаев медицинская сестра принимала участие в контроле за проявлением побочных эффектов.

10. При возникновении побочных эффектов 63% респондентов получили медицинскую помощь;

11. Всего 5% респондентов никогда не платили за лекарственные средства необходимые для лечения, в 92% случаев лекарственные препараты покупались частично;

12. На диспансерном учёте состоят 89% опрошенных;

13. Диспансерный осмотр чаще всего проходят 1 раз в 3 месяца – 47%;

14. Организацией выписки наркотических средств в 60% проводил врач, медицинская сестра в 40%;

15. 87% анкетированным медицинская сестра помогала адаптироваться к новым условиям жизни;

16. Помощь в восстановлении утраченных функций медицинская сестра организовывала для 57% респондентов.

Для оптимизации деятельности медицинской сестры в оказании амбулаторной паллиативной помощи нами были сформулированы следующие **рекомендации:**

- Стоит больше внимания уделять на психологический аспект в работе с паллиативными пациентами, больше углубить знания в области деонтологии и этики;

- Структурировать систему мониторинга медицинской сестрой своевременной сдачи анализов пациентами;

- Проводить с пациентами больше бесед на тему важности

медицинского специализированного лечения, повышать уровень информированности о заболевании, для уменьшения процента отказов от лечения;

– Уделять больше времени на обучение пациентов и их родственников основным правилам самоухода (ухода) и самопомощи (первой помощи);

– Отслеживать появление побочных эффектов и своевременно оказывать необходимую медицинскую помощь;

– Предоставлять пациентам, утратившим самостоятельность, средства реабилитации.

СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ

1. Двойников, С. И. Проведение профилактических мероприятий [Текст] : учебник / С. И. Двойников ; под ред. С. И. Двойникова. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 448 с.
2. Елифанов, В.А. Лечебная физическая культура [Текст] : учебник / Елифанов, В.А. Елифанов – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 298 с.
3. Елифанов, В.А. Медико-социальная реабилитация пациентов с различной патологией [Текст] : учебник / В.А. Елифанов, В.А. Елифанов – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 734 с.
4. Красникова Н.В., Шеметова Г.Н./ Организация и нерешенные вопросы оказания паллиативной помощи больным терапевтического профиля// В сборнике: Интегративные исследования в медицине. Научные труды III Всероссийской (с международным участием) научно-практической конференции. Саратов: изд-во Саратов.гос.мед.ун-та.- 2014.- . 200 с.
5. Лычев, В.Г. Сестринский уход в терапии. Участие в лечебно-диагностическом процессе [Текст] : учебник / В.Г. Лычев, В.К. Карманов – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 544 с.
6. Обуховец, Т.П. Паллиативная медицинская помощь [Электронный ресурс] Т.П. Обуховец Ресурс доступа - <http://fondzapro.ru/law/freeemerg/palliative/>
7. Обуховец, Т.П. Сестринское дело в терапии с курсом первичной медицинской помощи [Текст] : учебник / Т.П. Обуховец; под ред. Б.В. Кабарухина – Ростов на Дону : Феникс, 2015. – 412 с.
8. Ослопов, В. Н. Общий уход за больными терапевтического профиля [Текст] : учебник / В. Н. Ослопов, О. В. Богоявленская – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 464 с.
9. Смолева, Э.В. Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю онкология [Электронный ресурс] / Э.В. Смолева Ресурс доступа - <https://base.garant.ru/70317796/>

10. Смолева, Э.В. Сестринский уход в терапии: МДК 02.01 Сестринский уход при различных заболеваниях и состояниях [Текст] : учебник / Э.В. Смолева; под ред. Б.В. Кабарухина – Ростов на Дону : Феникс, 2017. – 365 с.

11. Тарасевич, Т.В. Сестринское дело [Текст] : учебник / Т.В. Тарасевич – Минск : РИПО, 2017. – 359 с.

ПРИЛОЖЕНИЕ

Анкета

Здравствуйте, мы просим Вас найти несколько минут и заполнить предлагаемую анкету. Ваши ответы помогут составить более полное и точное представление о работе медицинской сестры. Конфиденциальность полученных данных гарантируем. Все результаты будут использованы в обобщенном виде.

1. Укажите Ваш пол
 - А. Женский
 - Б. Мужской
2. Укажите Ваш возраст
 - А. 18-44
 - Б. 45-59
 - В. 60-74
 - Г. Старше 75
3. В какой срок с момента подозрения на онкологическое заболевание Вы попали на консультацию к онкологу?
 - А. 1-5 дней
 - Б. 6-10 дней
 - В. 10 дней – 1 месяц
 - Г. Более месяца
4. Сколько Вы ждали подтверждение диагноза?
 - А. 1-15 дней
 - Б. 16-20 дней
 - В. Более 20 дней
5. Проводила ли медицинская сестра контроль за своевременной сдачей Вами анализов и исследований?
 - А. Да
 - Б. Нет
 - В. Иногда
6. Отказывались ли Вы от медицинского лечения?

А. Да

Б. Нет

7. Проходили ли Вы лечение в условиях дневного стационара? Если да, то где?

А. Да

Б. Нет

В. По месту жительства

Г. В онкологическом диспансере

8. Часто ли Вам приходилось покупать лекарственные средства за свой счет?

А. Постоянно

Б. Иногда

В. Никогда

9. Контролировала ли медицинская сестра проявление у Вас побочных эффектов?

А. Да

Б. Нет

В. Иногда

10. Оказывала ли Вам помощь медицинская сестра при возникновении побочных эффектов?

А. Да

Б. Нет

11. Обучала ли Вас медицинская сестра правилам самоухода и самопомощи?

А. Да

Б. Нет

12. Обучала ли медицинская сестра правила ухода Ваших родственников?

А. Да

Б. Нет

13. Состоите ли Вы на диспансерном учёте?
- А. Да
 - Б. Нет
14. Как часто Вы проходите диспансерный осмотр?
- А. 1 раз в 3 месяца
 - Б. 1 раз в 6 месяцев
 - В. 1 раз в год
15. Кто организовывал выписку наркотических средств?
- А. Медицинская сестра
 - Б. Врач
16. Помогала ли медицинская сестра Вам в восстановлении утраченных функций организма, связанных с болезнью?
- А. Да
 - Б. Нет
17. Помогала ли медицинская сестра адаптироваться к изменившимся условиям жизни в следствии болезни?
- А. Да
 - Б. Нет