

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО
ОБРАЗОВАНИЯ

**«БЕЛГОРОДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
(Н И У « Б е л Г У »)**

МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ

ЦМК Клинических дисциплин

ОРГАНИЗАЦИЯ СЕСТРИНСКОГО УХОДА ЗА ПАЦИЕНТАМИ НА ДОМУ

Дипломная работа студентки

**очно-заочной формы обучения
специальности 34.02.01 Сестринское дело
4 курса группы 03051580
Демченко Анастасии Владимировны**

Научный руководитель:
преподаватель Самсонова А.В.

Рецензент:
Врач - пульмонолог, ОГБУЗ
«Областная клиническая больница
Святителя Иоасафа»
Лагутина Т.А.

БЕЛГОРОД 2019

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	3
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОСОБЕННОСТЕЙ СЕСТРИНСКОГО УХОДА ЗА ПАЦИЕНТАМИ НА ДОМУ.....	6
1.1. Социальная значимость ухода за пациентами на дому.....	6
1.2. Общие принципы ухода за пациентами.....	8
1.3. Организация сестринского ухода на дому для решения проблем пациентов.....	9
1.4. Осложнения и вторичные заболевания, вызванные длительным постельным режимом.....	17
ГЛАВА 2. ПРАКТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ОРГАНИЗАЦИИ СЕСТРИНСКОГО УХОДА ЗА ПАЦИЕНТАМИ НА ДОМУ.....	25
2.1 Методика исследования.....	25
2.2. Результаты исследования особенностей сестринского ухода за пациентами на дому.....	25
2.3 Рекомендации по уходу за пациентами на дому на основе принципов эргономики (безопасный труд) и биомеханики (безопасное движение тела человека) и профилактике вторичных заболеваний.....	31
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	40
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ И ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ.....	42
ПРИЛОЖЕНИЕ.....	44

ВВЕДЕНИЕ

«Значение движения в биологии и физиологии человека настолько велико, что его расценивают как главный признак жизни. Реализуя потребность двигаться, человек обеспечивает состояние безопасности.

Нарушение потребности пациентов в движении – это болезнь, но каждый человек должен стремиться быть здоровым.

Задача медицинских работников – формирование у пациентов установки на здоровый образ жизни» [3, с.193].

«В связи с увеличением числа больных хроническими заболеваниями (патологией сердечнососудистой системы, органов дыхания, нарушениями функции опорно-двигательного аппарата), изменением демографической ситуации — увеличением числа лиц пожилого и старческого возраста, перед медицинскими работниками встает задача по организации и проведению ухода за пациентами.

Часто пациенты с хроническими заболеваниями или осложнениями не нуждаются в повседневном врачебном наблюдении и активном лечении.

Они чувствуют себя лучше в привычной, домашней обстановке и нуждаются в уходе, создании благоприятных условий, соблюдении гигиены и психологической поддержке» [2, с.12].

Актуальность выбранной темы тяжелобольные пациенты нуждаются в постороннем уходе, так как их заболевания сопровождаются ограничением физической активности.

Уход является неотъемлемой частью лечебного процесса. Уход на дому является продолжением ухода в стационаре. Уход на дому отличается от ухода в стационаре тем, что основной уход за пациентами осуществляют родственники.

Цель исследования

Изучить деятельность медицинской сестры при уходе за пациентами на дому, выявить особенности организации данного ухода.

Объект исследования тяжелобольные пациенты.

Предмет исследования сестринский уход за пациентами на дому.

Задачи исследования:

- изучить особенности сестринского ухода за пациентами на дому.
- изучить принципы лечения и меры профилактики осложнений и вторичных заболеваний,
- собрать данные, связанные с соблюдением ухода (и неправильным уходом) за тяжелобольными пациентами,
- проанализировать полученные результаты,
- представить выводы в графическом виде,
- дать в доступной форме рекомендации по улучшению качества и облегчения постороннего ухода за пациентом на дому, с соблюдением принципов эргономики и биомеханики, и профилактике вторичных заболеваний.

Методы исследования:

- научно теоретический анализ медицинской литературы по уходу за тяжелобольными пациентами;
- эмпирический - наблюдение, дополнительные методы исследования;
- организационный (сравнительный, комплексный) метод;
- субъективный метод клинического обследования пациента (сбор анамнеза);
- объективные методы обследования пациента (инструментальные, лабораторные);
- психодиагностический (беседа).

Практическая значимость дипломной работы:

Подробное раскрытие материала по теме дипломной работы «Организация сестринского ухода за пациентами на дому» позволит повысить качество ухода за данными пациентами.

Обучение родственников правильному уходу в домашних условиях будет способствовать более быстрому выздоровлению пациентов, улучшению их физического и психоэмоционального состояния, и возможности избежать возникновения осложнений.

База исследования ОГБУЗ “Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа”

Время исследования 2018 – 2019г.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОСОБЕННОСТЕЙ СЕСТРИНСКОГО УХОДА ЗА ПАЦИЕНТАМИ НА ДОМУ

1.1 Социальная значимость ухода за пациентами на дому

«Маломобильные пациенты - это пациенты, которые в силу своего заболевания самостоятельно не передвигаются, полноценно, в течение длительного периода времени себя не обслуживают.

Среди маломобильных пациентов можно выделить тяжелобольных и неподвижных пациентов.

Тяжелобольной пациент — это человек, у которого имеются значительные нарушения функций органов и систем и который нуждается в медицинской помощи и интенсивном сестринском уходе.

Неподвижный пациент — это человек, у которого нарушено удовлетворение потребности двигаться из-за тяжести состояния или вследствие предписанного режима» [3, с.24].

«Уход за пациентами является необходимой и важнейшей составной частью лечения. Очень часто при различных заболеваниях в той или иной степени снижена воля и физическая активность пациентов, их способность к самообслуживанию. История знает немало примеров того, как обреченные пациенты выздоравливали, благодаря заботливому и правильно организованному уходу любящими близкими людьми. И, наоборот, пациенты после виртуозно проведенной операции умирали из-за отсутствия надлежащего ухода. Некоторые пациенты не могут без посторонней помощи умыться и принять пищу. Туалет кожи, полости рта, промежности, помощь тяжелобольным при акте дефекации и мочеиспускании, правильное кормление больных, обеспечение диетического и питьевого режима, своевременная смена белья и другие гигиенические мероприятия – все это входит в понятие - уход за больными» [5, с.298].

«Таким образом, под уходом понимают целый комплекс лечебных, профилактических, гигиенических и санитарно-эпидемиологических мероприятий, направленных на облегчение страданий пациента, скорейшего выздоровление, а также на предупреждение осложнений заболевания» [5, с.298].

«Медицинской сестре часто приходится в стационаре и на дому осуществлять уход за маломобильным пациентом. Она должна обеспечить выполнение пациентом назначенного режима двигательной активности, объяснить его значение и роль» [11, с.205].

У маломобильного пациента нарушено удовлетворение следующих потребностей:

- двигаться;
- дышать;
- питаться;
- выделять;
- спать;
- отдыхать;
- работать;
- учиться;
- общаться;
- избегать опасность;
- быть здоровым.

«Основными проблемами лежачих пациентов является: развитие пролежней, нарушение дыхания (застойные явления в лёгких), нарушение мочевыделения, нарушение аппетита и запоров, гипотрофия мышц и образование контрактур, нарушение сна.

На первом этапе сестринского процесса медицинская сестра собирает всю информацию по выявлению его проблем» [8, с.304].

«Осуществляя уход, медицинская сестра должна благожелательно и внимательно расспросить пациента о том, что его беспокоит, чего бы он

хотел и что ему мешает. Во время общения с пациентом важно внимательно следить за ним: часто мимика, интонация, телодвижение скажут больше, чем слова» [1, с.43].

«Важное значение в эффективности ухода имеет не только умение медицинской сестры, но и её моральные и нравственные качества.

У больного человека меняется характер мышления, глубина переживаний, сила психоэмоционального напряжения по отношению к самому себе и окружающим. Длительное, хроническое заболевание является тяжёлой психической и физической травмой, что ухудшает физическое состояние и самочувствие может привести к серьёзным сдвигам в психоэмоциональной сфере. Медицинская сестра должна прилагать все усилия, чтобы помочь пациенту преодолеть тягостные ощущения, отвлечь от чрезмерного внимания к заболеванию» [13, с.36].

1.2. Общие принципы ухода за пациентами

«К основным мероприятиям по общему уходу за пациентами относятся:

1. Создание и обеспечение лечебно-охранительного (создание максимального физического и психического покоя – тишины, спокойной, доброжелательной обстановки) и санитарно-эпидемического режима (регулярная уборка и проветривание помещения, санитарная обработка пациента, его одежды, белья, предметов ухода, некоторые меры дезинфекции и дезинсекции);

2. Выполнение врачебных назначений (прием лекарств, постановка банок, горчичников, выполнение инъекций, подготовка пациента к разнообразным диагностическим процедурам и выполнение некоторых из них, обеспечение диетического питания и питьевого режима);

3. Оказание помощи при проведении мероприятий личной гигиены (туалет кожи, полости рта, промежности и др.), при приеме пищи и

физических отправлений (кормление пациентов, подача судна, мочеприемника и т.п.);

4. Проведение санитарно-гигиенической обработки (профилактика и лечение пролежней, принятие ванны или душа, обтирание, смена белья);

5. Оказание первой доврачебной помощи при некоторых состояниях (лихорадка, обморок, рвота, понос, удушье и т.п.)» [6, с.296].

«Профессиональный сестринский уход с соблюдением гигиенических требований, чётким, безупречным выполнением рекомендаций врача, благоприятные психологические и физические условия могут вернуть пациенту жизнь.

Небрежное выполнение манипуляций, плохой уход способствует затягиванию выздоровления и может привести к тяжёлым последствиям и даже к смерти пациента [10, с.205]»

1.3. Организация сестринского ухода на дому для решения проблем пациентов.

«Сестринский уход за лежачими пациентами включает:

1. обеспечение физического и психического покоя для создания комфорта, уменьшения действия раздражителей;

2. контроль соблюдения постельного режима для создания физического покоя, профилактики осложнений;

3. изменение положения больного через 2 ч для профилактики пролежней;

4. проветривание комнаты для обогащения воздуха кислородом;

5. контроль состояния пациента (измерение температуры, АД, подсчет пульса, частоты дыхания) для ранней диагностики осложнений и своевременного оказания неотложной помощи;

6. контроль физиологических отправлений (стул, мочеиспускание) для профилактики запоров, отеков, образования конкрементов в почках;

7. мероприятия по соблюдению личной гигиены для создания комфорта;

8. уход за кожей для профилактики пролежней, опрелостей;

9. смена нательного и постельного белья для создания комфорта, профилактики осложнений;

10. кормление пациента, помощь при кормлении для обеспечения жизненно важных функций организма;

11. обучение родственников мероприятиям по уходу для обеспечения комфорта пациенту;

12. создание атмосферы оптимизма для обеспечения максимально возможного комфорта;

13. организация досуга пациента для создания максимально возможного комфорта и благополучия;

14. обучение приемам самоухода для поощрения, мотивации к действию.

15. проведение реабилитационных мероприятий (лечебной физкультуры, массажа и др.) для восстановления нарушенных функций организма» [5, с.300].

«Уход на дому является продолжением ухода за пациентом в стационаре.

Работая в домашних условиях с пациентами, медсестра обязана хорошо владеть всеми практическими навыками ухода за больными и обучить родственников необходимым навыкам по уходу за маломобильным пациентом.

Задачей медицинской сестры, при работе с пациентами на дому необходимо владеть практическими навыками ухода и обучать родственников необходимым навыкам по уходу за лежачими пациентами. Обучить пациента дыхательной гимнастики» [9, с.276].

«Важное значение имеет контроль качества ухода на всех этапах.

Руководит организацией ухода на дому обычно участковый терапевт или семейный врач, который назначает пациенту режим, диету, лекарственные средства. Медицинская сестра выполняет все манипуляции по уходу за больными на дому. Основными помощниками медицинской сестры по уходу являются родственники пациента, работу которых организует медицинская сестра.

Мероприятия по уходу:

- выполнение назначений и манипуляций;
- обучение пациента и родственников манипуляционной технике при уходе на дому.

Мероприятия по уходу, которые осуществляет медперсонал вместе с родственниками:

- применение лекарственных средств по назначению лечащего врача, четкое и своевременное выполнение всех медицинских процедур и назначений
- проведение с пациентом реабилитационных мероприятий: гимнастику, дыхательные упражнения, массаж и др.
- создание для пациента удобства и комфорт.
- создание благоприятного психологического климата в процессе ухода.

Мероприятия по уходу, которые осуществляют родственники (после обучения):

- после обучения медперсоналом и с корректировкой на всех этапах, родственники осуществляют непрерывное наблюдение за динамикой самочувствия пациента и за его состоянием;
- кормление пациента, с соблюдением установленной лечащим врачом индивидуальной диеты;
- личную гигиену пациента: ежедневный утренний и вечерний туалет пациента, уход за кожей и влажные обтирания пациента, смену нательного и постельного белья, подмывание тяжелобольного, уход за полостью рта, за

глазами, за носом, за ушами. Уход за волосами, мытье ног в постели, профилактику пролежней и др.;

- по показаниям - простейшие физиотерапевтические процедуры (постановка банок и горчичников, постановка согревающего компресса, применение грелки, подача пузыря со льдом, ножные ванны и др.);

- организация досуга пациента» [5, с.245].

«Целями ухода за маломобильными пациентом являются:

- 1) создание физического, социального, психологического комфорта;
- 2) уменьшение выраженности клинических проявлений заболеваний;
- 4) профилактика возможных осложнений;

5) установление психологического контакта, выявление нарушенных потребностей» [5, с.301].

«Режим физической активности зависит от тяжести заболевания.

Положение пациента в постели может быть: активным (если он способен самостоятельно поворачиваться, вставать, сидеть, ходить), пассивным (если пациент не может сам двигаться, и сохраняет то положение, которое ему придали); вынужденное (когда пациент занимает положение, облегчающее его страдания). Пассивное положение наблюдается при нарушениях мозгового кровообращения. Вынужденное положение, может быть сидячее или полусидячее при одышке.

При некоторых заболеваниях пациенты нуждаются в длительном постельном режиме. Такой режим обеспечивает не только более экономное использование жизненных сил пациента, так как снижаются резервные возможности жизненно важных органов (кровообращения, дыхания), но и равномерное и постоянное тепло, что важно при воспалительных заболеваниях.

Длительное соблюдение физического покоя, замедляется кровотока, что может привести к тромбозу сосудов и вызвать инфаркт внутренних органов или инсульт. Постельный режим и неподвижность даже в течение суток,

например, после операции, способны вызвать застой в легких и развитие воспаления» [2, с.187].

«Физическая реабилитация пациентов является частью комплекса поэтапных мероприятий, направленных на восстановление здоровья. Движение или мышечная активность, обладает очень мощным раздражающим фактором на весь организм, на все системы и органы. В настоящее время врачи сокращают сроки строгого постельного режима даже при таком заболевании как инфаркт миокарда.

Члены семьи могут или чрезмерно опекать пациента, полностью освобождая его от каких бы то ни было движений, или, наоборот, не уделять ему должного внимания. И то, и другое одинаково нерационально.

Конечно, решает вопрос о выборе двигательного режима и объема нагрузок только врач, но даже при строгом постельном режиме пациент вне периода ухудшения (болей или удушья) в большинстве случаев в состоянии самостоятельно умываться, бриться, принимать пищу, читать.

Лечебная физическая культура в период ремиссии способна предотвратить развитие обострений при хронических заболеваниях органов дыхания, опорно-двигательного аппарата, сердечно-сосудистой системы. Проведение комплексов лечебной физкультуры после острых процессов (бронхит, воспаление легких, инфаркт миокарда, переломы, ушибы, полостные операции и пр.) способствует более быстрому восстановлению нарушенных функций и трудоспособности, а также снижает вероятность и частоту осложнений.

Комплекс лечебной физкультуры, как для профилактики рецидивов, так и в период восстановительного лечения, должен быть индивидуальным и согласован с врачом по лечебной физкультуре.

В ряде случаев необходимо обеспечить пациента различного рода приспособлениями (подголовник, упор для ног, подставка над кроватью и пр.)» [6, с.297].

«Санитарно-гигиенические условия ухода за пациентами

Комната пациента. При хроническом заболевании следует предусмотреть близость комнаты, в которой размещен пациент, к туалету. Идеальная температура воздуха в помещении составляет +19 - 21° С. Комната должна регулярно проветриваться, однако не следует создавать сквозняков в присутствии пациента. Влажную уборку необходимо проводить 1 раз в день. Около постели пациента должна быть прикроватная тумбочка или столик со всеми необходимыми для личного пользования предметами.

Положение пациента в постели

При уходе на дому следует стремиться к тому, чтобы положение пациента в постели было удобным и расслабленным» [11, с.98].

«Постель должна быть удобной, не слишком мягкой и не слишком жесткой. При высоком артериальном давлении (АД) следует обеспечить более высокое положение головы, при низком АД – горизонтальное положение (подушку временно можно совсем убрать). Во время приступа удушья следует обеспечить полусидячее положение (подложить подушки, сделать упор для ног, чтобы предупредить сползание). При тромбозе конечности рекомендуется обеспечить возвышенное положение конечности (дополнительные подушки, валики).

Постель следует перестилать дважды в сутки. При этом надо расправить складки, убрать крошки, заменить влажное и загрязненное белье.

При смене постельного белья лежачим пациентам существует несколько способов.

1-ый способ:

- чистую простыню скатать по длине наполовину;
- поднять голову пациента, убрать подушку;
- пододвинуть пациента к краю кровати, повернув его на бок;
- грязную простынь скатать по направлению к пациенту;
- на освободившейся части расстелить чистую простынь;
- повернуть пациента на спину, а затем на другой бок, так, чтобы он оказался на чистой простыне;

- убрать грязную и расправить чистую;
- края простыни подвернуть под матрац.

2-ой способ:

- чистую простынь полностью скатать поперек, как бинт;
- осторожно приподнять верхнюю часть туловища, убрать подушку;
- быстро скатать грязную простынь до поясницы;
- на освободившееся место раскатать чистую простынь;
- на чистую простынь положить подушку и опустить голову пациента;
- приподнять таз, а затем ноги, сдвинуть грязную простынь, продолжая расправлять чистую.

Смена нательной рубашки:

- приподнять верхнюю половину туловища и осторожно скатать грязную рубашку до затылка, снять через голову, затем освободить руки пациента;

- чистую рубашку одеть в обратном направлении» [6, с.307].

«Кожа пациента должна быть чистой, чтобы она могла функционировать. Для этого необходимо обеспечить ежедневный утренний и вечерний туалет. Способствуют загрязнению кожи выделения сальных и потовых желез, роговые чешуйки, пыль, особенно в подмышечных впадинах, в складках кожи под молочными железами. Кожа промежности дополнительно загрязняется выделениями из мочеполовых органов и кишечника.

Пациента следует мыть в ванне или под душем 1 раз в неделю. Если ванна противопоказана, то следует обтирать тканью, смоченной водой, теплым камфорным спиртом или раствором уксуса (1-2 столовых ложки 9% уксуса на 0,5 литра воды). После обтирания следует насухо вытереть кожу полотенцем.

Мытье ног производят 2-3 раза в неделю: поднимают ножной конец матраца, ставят тазик с теплой водой на кровать» [6, с.308].

«Основные принципы питания пациента:

- необходимо соблюдать соотношение белков, углеводов и жиров при минимальном расходе энергии;

- соблюдение щадящей диеты, необходимой конкретному пациенту, но способствующей предотвращению запоров;

- кормление должно быть дробным, малыми порциями, эстетически оформленными для улучшения аппетита;

- необходимо соблюдать питьевой режим.

Все мероприятия по уходу должны быть согласованы с пациентом и его родственниками. При отказе от манипуляций, необходимо убедить родственников в необходимости данных манипуляций» [3, с.89].

«Основные принципы мероприятий, связанных с уходом за пациентом на дому

Чтобы обеспечить пациенту помощь при уходе, родственникам необходимо:

- перед началом каждой процедуры обязательно повторить последовательность её отдельных шагов;

- тщательно провести все подготовительные мероприятия;

- соблюдать определенные основные принципы, общие для всех частных ситуаций, связанных с уходом.

Основные принципы:

1. установить доброжелательные отношения с пациентом;
2. информирование пациента перед началом мероприятия: объяснить цель и ход процедуры и получить его согласие;
3. оценить состояние пациента и возможность помощи с его стороны;
4. оценить окружающую обстановку, убедиться в безопасности проведения мероприятия;
5. точность выполнения процедур;
6. регулярная последовательность действий;
7. понимание особенностей поведения пациента (чувствительность, боязливость, стыдливость);

8. тактичное обращение с пациентом;
9. учет внешних условий (температура в помещении, отсутствие сквозняков, наличие укрытия от посторонних глаз и т.д.);
10. благодарность за помощь и пожелание скорейшего выздоровления.

Целью соблюдения вышеуказанных основных принципов при проведении мероприятий, связанных с уходом за пациентом на дому, является качественное и безопасное проведение процедур и мероприятий, связанных с уходом и обеспечение помощи пациенту при уходе на дому» [2, с.198].

1.4. Осложнения и вторичные заболевания, вызванные длительным постельным режимом.

«Медработник или родственник, осуществляющий уход за пациентом, длительное время находящимся в постели, должен постоянно учитывать две точки зрения на пациента: с одной стороны, меры по лечению основного заболевания, с другой стороны, меры, предупреждающие развитие других заболеваний. Внимательное выполнение этих мер особенно важно потому, что у пациентов, вынужденных длительное время оставаться в постели, возможно развитие различных осложнений и вторичных заболеваний. В связи с этим часто говорят об опасности постельного режима. Может случиться, что пациент особенно серьезно страдает не от основного, а от вторичного заболевания, такого как пролежни, воспаление легких, тромбоз, контрактуры суставов» [2, с.57].

«Заболевания, связанные с кожными покровами

При лежании кожа подвергается значительному воздействию от трения о бельё, от сдавливания между тканями человеческого тела (мышцы, кости и др.) и поверхностью матраца, от крошек, складок белья, от пота, мочи и многого другого. У пациентов могут появиться опрелости, пролежни, расчесы, чрезмерная сухость или влажность кожи. Кожа становится более

чувствительной к температуре окружающего воздуха, лежащие больные часто зябнут, плохо переносят проветривание в комнате, смену нательного и постельного белья» [4, с.89].

«Пролежень – омертвление (некроз) кожи с подкожной клетчаткой и других мягких тканей (слизистой оболочки), развивающееся вследствие их длительного сдавления, нарушений местного кровообращения и нервной трофики» [6, с.303].

«Возникновения их связано с постоянным давлением выступающими частями костей на мягкие ткани в месте контакта кожи с поверхностью кровати. Дополнительно, в складках кожи или прилегания складок нательного и постельного белья, могут возникать опрелости, гнойничковые поражения.

Пролежни возникают по причине уменьшения циркулирования крови в коже и мышцах в результате давления тела пациента на определенные места.

Пролежень может возникнуть на любом месте, испытывающем давление.

К пролежням может приводить:

- неровный матрац;
- неопрятное содержание постели и нательного белья;
- остатки пищи в постели;
- длительное пребывание пациента в одном положении;
- отсутствие движения.

Первый признак образования пролежня – покраснение кожи. Следует немедленно сообщить лечащему врачу или медицинской сестре о возникновении покраснений или ссадин на коже. Уход за ранами зависит от места их появления. Появления пролежней можно избежать, если начать лечить места покраснения кожи немедленно после их появления. Его последующие стадии включают образование пузырей, открытых ран и распад тканей» [8, с.6].

«Заболевания, связанные с сосудами

При лежании часть сосудов, особенно в нижних конечностях, подвергается частичному или полному сдавлению. Отсутствие активных движений и мышечных сокращений, в результате которых кровь выдавливается из венозного русла, снижает скорость кровотока. Снижению кровотока способствуют также параличи и парезы» [8, с.7].

«Одной из причин возникновения тромбозов является расслабление стенок вен. С этим связано также расслабление венозных клапанов, что приводит к заметному замедлению тока крови к сердцу. Это, в свою очередь, часто влечет за собой застой крови в венах. Это может привести к образованию тромба в сосуде. Тромб — это сгусток крови, который частично или полностью закупоривает просвет сосуда. Обычно тромбы образуются в системе глубоких вен нижних конечностях, это может проявляться болью, отёком и самое главное то, что тромб может оторваться и с током крови дойти до легких и закупорить просвет легочных артерий. Нередко это кончается для пациентов смертью или тяжелой инвалидностью.

При длительном лежании значительно слабеет тонус сосудов. Это приводит к тому, что при изменении положения пациента, например, из лежачего в полусидячее или сидячее, у него может резко снизиться артериальное давление. А при попытке пациента встать, может случиться обморок. Развивается так называемый ортостатический коллапс» [8, с.6].

«Заболевания, связанные с органами дыхания

В горизонтальном положении объем легких при вдыхании воздуха уменьшается, по сравнению с вертикальным положением. Отсутствие активных движений и уменьшение объема легочной вентиляции приводит к снижению кровотока и застойным явлениям в легочной ткани. Мокрота становится вязкой и плохо откашливается. Она скапливается в воздухоносных путях и усиливает застойные явления в легких. Все это приводит к развитию инфекционно-воспалительного процесса в легочной системе» [8, с.7].

«Признаки воспаления легких - слабость, сухие губы, поверхностное дыхание, сухой кашель, мокрота, колющая боль в груди, одышка, медленно развивающийся жар.

Если у пациента появляются перечисленные признаки, то есть подозрение в возможном возникновении пневмонии» [8, с.6].

«Заболевания, связанные с желудочно-кишечным трактом

Отсутствие активных движений при лежании приводит к снижению тонуса желудочно-кишечного тракта, в особенности толстой кишки, что в свою очередь приводит к запорам или трудной дефекации. Лежачие пациенты вынуждены совершать дефекацию в необычном и трудном положении, часто в присутствии посторонних лиц. Это способствует подавлению позыва на дефекацию. Некоторые пациенты произвольно задерживают дефекацию, так как стесняются обращаться за помощью к посторонним лицам. Запоры и вялость желудочно-кишечного тракта могут привести к нарушению пищеварения, что обычно выражается вначале в обложенном языке, дурном запахе изо рта, в отсутствии аппетита, легкой тошноте. Развивается каловая интоксикация. Нередко запоры сменяются поносами. Через несколько месяцев лежания желудочно-кишечный тракт становится очень восприимчивым к изменениям диеты и к инфекции, т.е. у таких людей быстрее возникают нарушения пищеварения, по сравнению с человеком, ведущим активный образ жизни» [8, с.7].

«Заболевания, связанные с мышечной активностью

Установлено на опыте, что отсутствие движений, в результате которых мышцы сокращаются и расслабляются, приводит к потере мышечной массы (атрофии мышц), и эта потеря может составлять при полной неподвижности до 3% от общей мышечной массы в сутки. Это означает, что чуть больше, чем через месяц постоянного неподвижного лежания у пациента произойдет полная атрофия мышц, и даже если появится возможность двигаться, то без посторонней помощи он уже этого сделать не сможет» [8, с.9].

«Заболевания, связанные с суставами

Контрактуры — ограничение активных и пассивных движений в суставах в результате длительного неподвижного состояния конечности. Такое ограничение движений приводит к тяжелым функциональным расстройствам, выражающимся в том, что больной не может передвигаться (если у него поражены коленные или тазобедренные суставы), обслуживать себя и работать (если у него поражены суставы кисти и локтя). Потеря мышечной активности влечет ограничение подвижности суставов, что называется контрактурой. Так, стопа лежачего больного довольно быстро опускается вперед (положение лежачего человека как бы на "цыпочках") под тяжестью одеяла и возникает контрактура голеностопного сустава, которая носит название конская стопа. Сжатая в кулак кисть больного со временем принимает вид птичьей лапы, коленный сустав плохо сгибается и разгибается и т.д.» [8, с.9].

«Анкилозы

Если пациенты лежат неподвижно очень длительное время и профилактика контрактур не проводится, то не исключена полная потеря подвижности суставов в результате костного сращения суставных концов костей. Такая полная потеря возможности осуществлять движение в суставе называется анкилоз» [8, с.9].

«Боли в суставах

Тугоподвижность суставов порождает болевой синдром при попытке использовать сустав. Пациент начинает дополнительно щадить больной сустав и тем самым усиливает его обездвиженность. Необходимо сочетание физических упражнений с приемом обезболивающих препаратов» [8, с.9].

«Заболевания, связанные с костями

При отсутствии движений и физических нагрузок крепкие кости становятся как бы ненужными организму. В костях снижается содержание кальция, кости постепенно становятся хрупкими. Развивается остеопороз.

В трубчатых костях находится красный костный мозг, в котором образуются клетки крови, в частности тромбоциты, которые отвечают за

свертываемость крови. При снижении физической активности снижается выработка тромбоцитов и других клеток крови. С одной стороны, это хорошо, потому что кровоток при лежании замедляется и повышается риск образования тромбов, но возникает другая проблема. Из-за того, что в крови содержится мало тромбоцитов, у пациента могут возникать спонтанные кровотечения, например, из носа, десен и других слизистых оболочек. Эти кровотечения незначительны, но длительны, что дополнительно ослабляет пациента» [8, с.9].

«Заболевания, связанные с мочевыделительными органами

Длительное горизонтальное положение может повлечь за собой изменения в мочевыделительной системе. В горизонтальном положении моча дольше задерживается в лоханке, что способствует возникновению инфекционного процесса, а затем и образованию камней в почках. Длительное "пододеяльное" тепло делает человека уязвимым от прохладного воздуха, это может отразиться на любых органах и системах, в том числе и на почках. А воспаление может способствовать образованию солей, а далее — песка и камней. Пользование судном и/или уткой, обращение за помощью при физиологических отправлениях и неудобное положение, всё это создает дискомфорт, влечет за собой раздражительность, депрессию, а такие состояния только ускоряют наступление проблем.

Самой грозной проблемой, конечно же, является образование камней в почках, и это не единственная проблема. Со временем у пациента может возникнуть недержание мочи, которое, в свою очередь, приводит к возникновению проблем с кожей, а также к появлению или усилению депрессии, т.к. неожиданное мочеиспускание в постель, для человека, находящегося в сознании, большая беда, стресс, который тяжело переживается. В горизонтальном положении удерживать мочу тяжелее, чем в вертикальном.

Недержание мочи, как правило, не является функциональным, а связано лишь с неудобствами физическими и психологическими» [8, с.10].

«Заболевания, связанные с нервной системой и психикой»

Одна из быстро наступающих проблем — это бессонница по ночам. Мысль о том, чтобы прибегнуть к помощи снотворных, приходит очень быстро и нередко реализуется пациентом даже без совета с врачом. Употребление снотворных, как правило, не дает хорошего, глубокого сна. Человек, хотя и спит, но не отдыхает, делается "вялым", уставшим, что, в свою очередь, приводит к раздражительности и далее к депрессии. Проявления заболеваний нервной системы усиливаются, если пациент вынужден какое-то время провести в лежачем положении. Например, болезнь Паркинсона. Одно из проявлений этой болезни — скованность в движениях. Так вот, если пациент сломает ногу и месяц пролежит по этой причине в постели, то скованность будет ещё больше. Время на реабилитацию после длительного пребывания в постели у пациентов, имеющих заболевания нервной системы, увеличивается в 4-5 раз.

Обычно пациент с относительно здоровой нервной системой сколько времени находится в гипсе, столько же времени и реабилитируется. Например, 1 месяц в гипсе, значит приблизительно ему понадобится 1 месяц, чтобы вновь начать ходить без костылей или палочки. Пациенту с заболеванием нервной системы понадобится уже 4-5 месяцев. Не длительное, но частое лежание в постели для пациентов с заболеванием нервной системы может привести к раннему постоянному пребыванию в постели» [8, с.10].

ГЛАВА 2. ПРАКТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ОРГАНИЗАЦИИ СЕСТРИНСКОГО УХОДА ЗА ПАЦИЕНТАМИ НА ДОМУ

2.1. Методика исследования

Исследования проводились на базе ОГБУЗ “Областная клиническая больница святителя Иоасафа г.Белгорода” с выездами к пациентам на дом.

Данные исследования проводились на базе ОГБУЗ “Областная клиническая больница святителя Иоасафа г.Белгорода ” методом анонимного анкетирования в период преддипломной практики с 2018 до 2019г. В данном исследовании приняло участие 50 пациентов неврологического отделения.

Анкетирование проводилось анонимно с целью улучшения качества ухода за тяжелобольными пациентами. Информация, полученная в ходе проведенного исследования, позволяет выявить несовершенство медицинского ухода пациентов на дому и улучшить период выздоровления в период выписки из стационара.

Нами была разработана анкета, состоящая из 12 вопросов, которая заполнялась пациентом вместе с сопровождающим. В приложении № 1 представлена анкета.

Процедура анкетирования проходила следующим образом: пациенту или сопровождающему была дана анкета для заполнения. Вопросы содержали несколько вариантов ответа, где необходимо выбрать вариант, наиболее точно оценивающий состояние данного пациента.

2.2. Результаты исследования особенностей сестринского ухода за пациентами на дому.

В результате проведенного мною исследования выявлены следующие результаты. По полу разделились – 72% мужчины, 28% женщины (Рис. 1).



Рис. 1. Пол пациентов.

Возраст респондентов распределился таким образом: 20-30 лет – 2%, 31-40 лет – 6%, 41-50 лет – 24%, 51-60 лет – 32%, 61 и старше – 36%, из чего следует, что люди старше 51 года попадают в группу риска (Рис. 2).

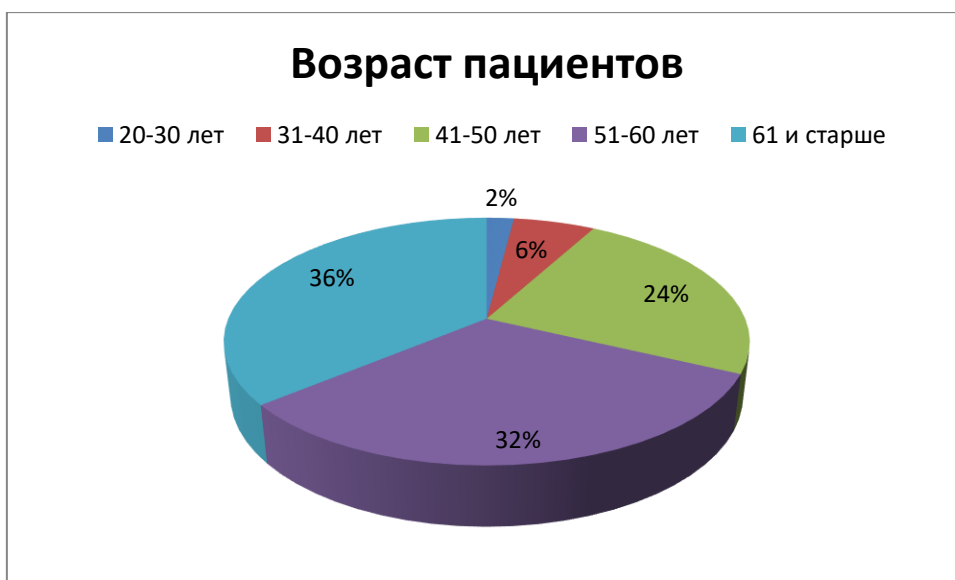


Рис 2. Возраст пациентов.

Место жительства опрошиваемых разделилось следующим образом: Белгород – 48%, райцентр – 24%, село – 28% (Рис. 3).



Рис. 3 Место жительства.

По условиям жилья разделились следующим образом: в квартире – 48%, в частном доме – 52% (Рис. 4).

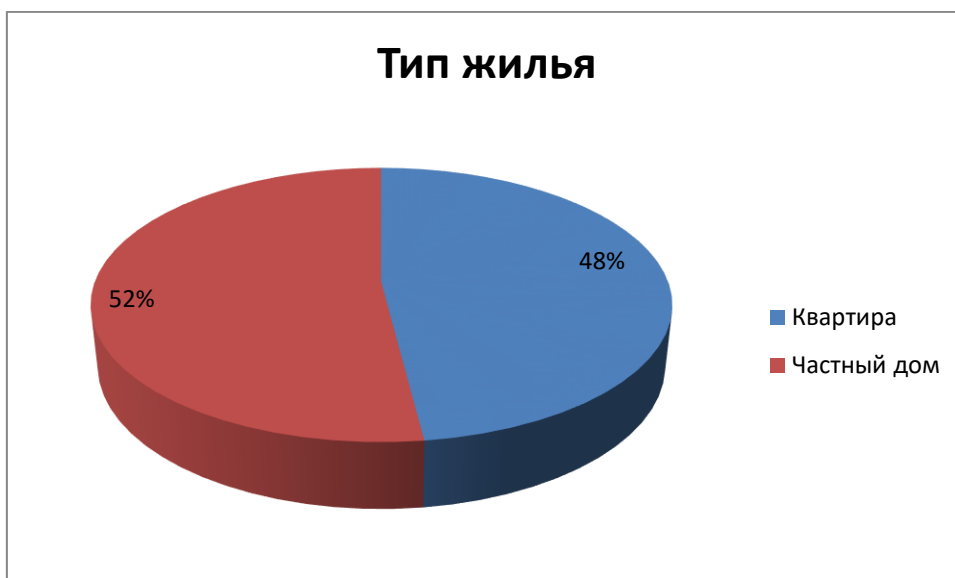


Рис. 4 Тип жилья.

48% опрошенных слабо верят в скорейшее выздоровление, у 14% хороший настрой на исход лечения и 38% средне настроены (Рис. 5).



Рис. 5 Психологический настрой.

У 20% пациентов до болезни был сидячий образ жизни, 48% вели активный образ жизни и у 32% были большие физические нагрузки (Рис. 6).



Рис. 6 Образ жизни.

У 30% опрошенных профессиональная деятельность была связана с умственным трудом, 64% занимались физическим трудом и 6 % вели фермерство (Рис. 7).



Рис. 7 Профессиональная деятельность.

За режимом питания и качеством еды следили 8% опрошенных, 76% не всегда соблюдали режим и 8% не следили за своим питанием вообще (Рис.8).



Рис 8. Режим питания.

28% отметили, что стеснённые, неблагоприятные жилищные условия препятствуют более быстрому выздоровлению, 52% препятствует нехватка знаний за тяжелобольными пациентами, а у 20% отсутствие желания и мотивации к выздоровлению у самого пациента (Рис. 9).



Рис. 9 Препятствия для выздоровления.

64% отметили необходимость помощи медицинского работника после выписки, 2% отказались от помощи и 34% отметили – иногда (Рис. 10).

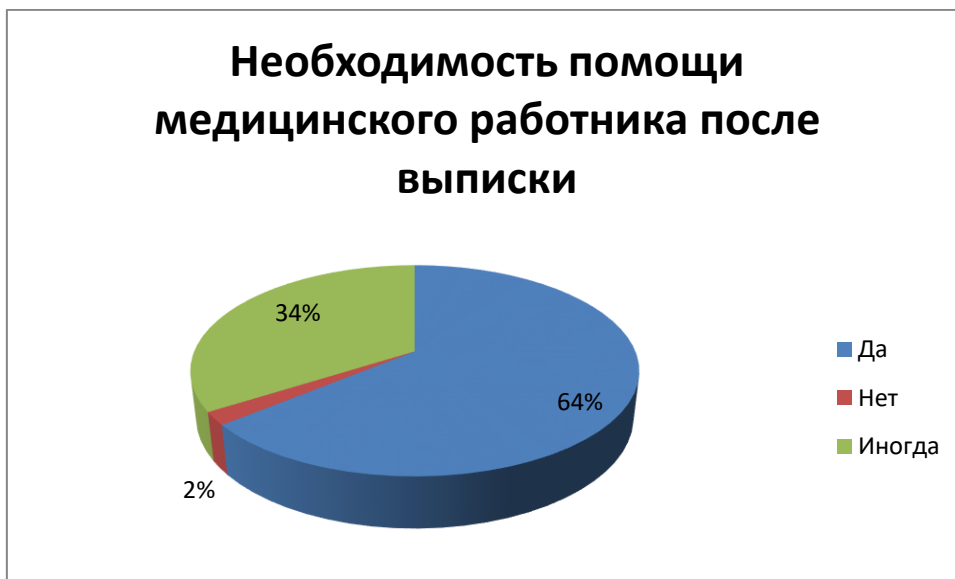


Рис. 10 Необходимость помощи медицинского работника после выписки.

Наличие наследственности к некоторым заболеваниям: у 56% наблюдалась гипертония, у 8% инсульты и 36% отрицают наследственный фактор (Рис. 11).



Рис. 11 Наследственный фактор.

По результатам анкетирования и графиков можно сделать выводы:

1. В связи с нехваткой знаний по уходу за тяжелобольными пациентами на дому (отметили 52% сопровождающих, а так же 64% отметили необходимость помощи медицинского персонала) установлена необходимость проводить образовательную деятельность медицинским персоналом в семьях где находятся тяжелобольные пациенты.

2. 68% опрошенных старше 51 года и 72% мужчины.

3. 76% опрошенных отметили, что никогда не следили за режимом питания и не предавали значению этому факту.

4. Наличие наследственности в своей болезни отрицают 36%, остальные 64% согласились с этим.

5. 48% пациентов плохо настроены на исход лечения, в таких случаях необходима психологическая помощь квалифицированных специалистов.

2.3. Рекомендации по уходу за пациентами на дому на основе принципов эргономики (безопасный труд) и биомеханики (безопасное движение тела человека) и профилактике вторичных заболеваний.

«При уходе за маломобильными пациентами необходимо использовать специальные методики безопасности обслуживающего персонала при перемещении пациента, разработанные на основе принципов эргономики (безопасный труд) и биомеханики (безопасное движение тела человека). Эти методики помогают избежать травм спины.

Правильная организация труда в домашних условиях (у пациента) и в быту исключает перегрузки позвоночника. При физической нагрузке в движение должно вовлекаться минимальное количество сегментов позвоночника. Важно чередовать движения для различных групп мышц, включая в работу мелкие мышцы при незначительных нагрузках и крупные - при больших напряжениях. Сопутствующие движения желательно исключить» [3, с.43].

«Избегайте резки движений туловищем (поворотов, наклонов, разгибаний, рывков).

Следует делать это рационально, с наименьшим воздействием на межпозвоночные диски.

- поднимать груз, не наклоняя туловище в перед, а сгибая ног и в коленных и тазобедренных суставах и сохраняя прямое положение спины;

- переносить груз не на одной, а равномерно распределив его на обе руки и прижимая к себе, или положив на плечо, сохраняя спину прямой» [3 с.43].

«Методы разработаны для того, чтобы уменьшить давление на позвоночник и туловище человека, который ухаживает за пациентами с нарушением потребности в движении и для безопасности самого пациента при его удерживании, поддерживании, перемещении, поднятии и перекладывании» [6, с.201].

«Основа профилактики возникновения пролежней это: сухая кожа, активные движения, достаточный водный рацион и хорошее питание

Для профилактики тромбоза необходимо создание возвышенного положения для нижних конечностей и бинтование ног эластичными бинтами.

В случаях, когда нет противопоказаний, применять гимнастику для ног. Особенно эффективны упражнения, когда пациент в положении лежа на спине с поднятыми вверх ногами совершает круговые движения, на манер езды на велосипеде» [12, с.69].

«Предупредительные меры:

1. тренировка мышц (изометрические упражнения) выполняются самостоятельно или при помощи медработника, сиделки или родственников;

2. тренировка движений (изотонические упражнения) выполняются самостоятельно или при помощи медработника, сиделки или родственников.

Гимнастика делается строго по рекомендации врача!;

3 массаж (щеткой). Массаж ног (включая стопы) при помощи щетки; постоянно массировать тело по направлению к сердцу. Места, где предполагается воспаление вен, массировать нельзя;

4 приподнятое положение конечностей;

5. наложение поддерживающей повязки (из эластичного бинта).

Благодаря действию повязки на ногу объем вен уменьшается, что способствует восстановлению нормального тока крови в венах.

Повязка берет на себя те функции, которые в нормальном случае выполняет поддерживающая вены мускулатура.

При уходе на дому техникой наложения поддерживающей повязки может овладеть пациент и его родственник, но при этом необходимо получить консультацию медицинских работников» [8, с.7].

«Для профилактики заболеваний, связанных с органами дыхания необходимы активные движения пациента в кровати и проведение дыхательной гимнастики.

Предупредительные меры:

1. часто проветривать комнату;

2. рекомендовать пациенту глубоко дышать, откашливаться в приподнятом состоянии;

3. поощрять пациента вставать и ходить, обездвиженным пациентам делать простейшую гимнастику;

4. стимулировать кровообращение пациента» [8, с.7].

«Для профилактики заболеваний, связанные с желудочно-кишечным трактом осложнений состоит в создании комфортных условий для физиологических отправлениях.

Предупредительные меры:

1. гимнастика передней брюшной стенки живота;

2. соблюдение соответствующей диеты» [8, с.9].

«Для профилактики заболеваний, связанных с мышечной активностью

Предупредительные меры состоят в регулярном выполнении комплекса гимнастики, физических упражнений» [8, с.11].

«Для профилактики контрактур, т.к. контрактуру легче предупредить, чем вылечить, необходимо:

- как можно раньше начинать проводить гимнастику в виде активных и пассивных упражнений, затрагивающих, по возможности, все суставы, особенно те, которые находятся в малоподвижном состоянии. При этом следует избегать грубых насильственных пассивных движений, вызывающих боль и рефлекторный мышечный спазм;

- обеспечить правильное положение конечности (в положении, соответствующем среднему физиологическому) при параличе мышц или в случае иммобилизации конечности гипсовой повязкой;

- проводить мероприятия, направленные на уменьшение боли в суставах и прилегающих частях конечности» [8, с.10].

«Для профилактики бессонницы исполнять требования для нормализации сна.

Предупредительные меры:

- необходимо организовать досуг больного, создать условия для активной умственной работы;

- нужно поощрять любую самостоятельную деятельность больного;

- стараться максимально активизировать его режим;
- пожилые и ослабленные больные в период восстановления самостоятельного хождения должны пользоваться приспособлениями для дополнительного упора: поручнями, ходунками, тростями и др.» [8, с.23].

«Так как основная опасность возникновения вторичных заболеваний кроется в недостатке движения, то возникает необходимость включения как можно раньше в комплекс проводимых мероприятий лечебной физкультуры, массажа, двигательной активности с учетом общего состояния пациента.

Помощь, направленная на максимально возможное восстановление подвижности и самостоятельности при движении с использованием технических средств реабилитации: костылей, палок, протезов, инвалидных колясок и других устройств и приспособлений имеет огромное значение для улучшения качества жизни пациента» [5, с.173].

«В процессе ухода за маломобильным пациентом удобно использовать вспомогательные средства, помогающие уменьшить нагрузку на определенные части тела лежачего пациента:

1. опорная рамка. Рамка используется для того, чтобы поднять верхнюю часть тела пациента при одышке, а также во время приема пищи, приема посетителей. Вместо рамки можно использовать перевернутый стул;

2. кроватный тросик. С его помощью пациент может сам приподниматься в постели. Тросик не только облегчает приподнимание пациента в постели, но и активизирует его силы. Веревка должна иметь узлы для того, чтобы не скользили руки;

3. подколенный валик. Служит для расслабления мускулатуры. Подколенные валики могут применяться только в течение ограниченного времени, так как в противном случае пациент недостаточно двигает ногами сам, что может привести к укорачиванию мышц и тромбозам. Подколенный валик можно сделать самим из скатанного одеяла;

4. подставка для ног. Чтобы избежать сползания пациента к ножной части кровати, рекомендуется применять специальную подставку для стоп

или просто небольшой ящичек. При длительных заболеваниях использование подставки может предотвратить образование «конской стопы»;

5. проволочная рамка. С помощью такой рамки лежащий пациент освобождается от давления одеяла. Одеяло с боков заправляется за прутья подставки, чтобы избежать потери тепла;

6. подзатылочный валик. Служит опорой для головы. Но при длительном пользовании им возникает опасность повреждения шейного отдела позвоночника;

7. подушка с водой. Наполненная водой подушка при своевременном применении может предотвратить появление пролежней. Такая подушка делается из резины и наполняется водой или воздухом. Подушка не должна быть слишком жесткой, так как в противном случае давление на соответствующий участок тела не снижается;

8. манжеты. Надувные манжеты из синтетического материала (похожие на детские надувные игрушки) надеваются на щиколотку и закрепляются с помощью застежки «велькро» («липучки»). Они снижают нагрузку на пятки.

Выполнение данных рекомендаций будет способствовать облегчению ухода за пациентом, выздоровлению пациента, его адаптации в обществе.

Строгое соблюдение гигиенических требований, четкое, безукоризненное выполнение всех предписаний врача, создание благоприятных физических и психических условий возвращают жизнь пациентам» [9, с.251].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

«Нарушение потребности пациентов в движении – это болезнь, но каждый человек должен стремиться быть здоровым.

Миссия медицинской сестры заключается в оказании помощи конкретным людям, семьям и группам людей в достижении ими физического, умственного и социального здоровья в условиях окружающей их среды» [5, с.11].

«Такие качества как чуткость, отзывчивость, доброта, сердечность, забота, внимание, требуется от медицинских работников, ежечасно в повседневной работе и при осуществлении ухода за тяжелыми больными. Такие пациенты бывают в тягость окружающим, а нередко самим себе. Уход за ними требует огромного терпения, такта и сострадания» [4, с.14].

«Уход за пациентами являются обязательной составной частью всего процесса лечения, влияющего в немалой степени на его эффективность.

Обучение уходу на дому за маломобильными пациентами является одной из важных задач оздоровления нашего общества, так как основная причина длительной болезни маломобильных пациентов – неправильный уход.

Нередко маломобильным пациентам, выписанным из стационара на долечивание домой, помощь по уходу в нужном объеме не оказывается или оказывается «неграмотный» уход, что приводит к тяжелым вторичным заболеваниям и даже к смерти пациентов» [5, с.36].

«Необходимо грамотно и доходчиво обучать родственников, оказывающих уход за маломобильным пациентом на дому. Эта задача возложена на медперсонал поликлиники/ амбулатории, к которой прикреплен пациент.

Необходимо так же повышать и профессиональный уровень медперсонала.

Цель медицинской сестры при уходе за пациентом на дому – грамотно организовать уход за маломобильным пациентом, что бы помочь восстановить, насколько позволяет состояние пациента, нарушенную потребность. Если невозможно восстановить нарушенную потребность полностью, то необходимо помочь человеку восстановить нарушенную потребность хотя бы частично и вернуть его к полноценной жизни» [9, с.263].

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ И ИСПОЛЬЗУЕМЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Барыкина, Н.В. Сестринское дело в хирургии: учеб. пособие для студентов мед. училищ и колледжей. / Н.В. Барыкина, В.Г. Зарянская ; под общей ред. к.м.н. Б.В. Кабарухина. - Ростов-на - Дону : Феникс, 2014. – 447 с. : ил.
2. Быковская, Т.Ю. Основы профилактики : учеб. пособие для СПО / Т.Ю. Быковская. – Ростов – на – Дону : Феникс, 2016. – 219 с.
3. Диагностическая и терапевтическая техника. Под ред. проф. В.С. Маята. М.; «Медицина», 2015. 518 с.
4. Епифанов, В.А. Лечебная физическая культура и массаж: учебник для медицинских училищ и колледжей / В.А.Епифанов. - 2-е изд., перераб. и доп. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 528 с. : ил.
5. Епифанов, В.А. Лечебная физическая культура и массаж: учебник. Епифанов В.А. 2-е изд., перераб. и доп. 2013. - 528 с. :ил.– URL: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970426456.html>
6. Общий уход за пораженными и больными/ В.А. Шкуратов, М: «Медицина», 2014. 224 с.
7. Основы здорового образа жизни и профилактика болезней/ В.В. Марков, М: Издательский центр «Академия», 2001. 320 с.
8. Основы общего ухода за больными/ А. Л. Гребенев, А. А. Шептулин, М: Медицина, 2014. 283 с.
9. Основы сестринского дела / С.И. Двойников, И.Х. Аббясов и др. (учебник для студ. сред. проф.0-753 учеб. заведений), М: Издательский центр «Академия», 2017. 336 с.
10. Основы социальной медицины/ Г.П. Артюнина (учебное пособие для студентов вузов по специальности «Социальная работа»), Псков: 2015, 380 с.
11. Обуховец, Т.П. Основы сестринского дела. : учеб. пособие для студентов мед.училищ и колледжей./Т.П.Обуховец, О.В.Чернова.;

под.общ.ред. к.м.н. Б.В. Кабарухина . – изд. 21-е, стереотип. – Ростов – на -
Дону : Феникс, 2014. – 766 с. : ил.

12. Практическое руководство к предмету " Основы сестринского дела
" С.А. Мухина, И. И. Тарновская /Учебное пособие . М : Родник, 2017. 352 с

13. Руководство для ухаживающих за больными, МедУход.ru
[Электронный ресурс] <http://www.meduhod.ru/bedpatient/lezhachi.shtml>, 2019.
6 с.

14. Справочник медсестры./ И.М. Менджерицкий , Серия «Медицина
для вас», Ростов-на-Дону. Издательство «Феникс», 2014. 640 с.

15. Сумин, А.С. Основы реаниматологии: учебник. А.С. Сумин, Т.В.
Окунская, 2013. - 688 с. Режим доступа
:<http://www.medcollegelib.ru/book/ISBN9785970424247.html>

16. Сумин, С.А. Основы реаниматологии : учебник для медицинских
училищ и колледжей / С.А. Сумин, Т.В. Окунская. - М. : ГЭОТАР-Медиа,
2014 :<http://www.studentlibrary.ru/books/ISBN9785970429365.html>

ПРИЛОЖЕНИЕ

Анкета

Данное анкетирование проводится с целью улучшения качества лечения на дому, после выписки из стационара. Ваше мнение будет учтено после обработки исследования. Информация, полученная путём анкетирования позволит выявить дефекты сестринского ухода.

Заполняя анонимную анкету, внимательно ознакомьтесь с вопросом и выберете вариант ответа. Данные анкетирования будут использованы в обобщённом виде и содержание не разглашается.

1. Возраст ____
2. Пол ____
3. Место жительства: 1-Белгород, 2-районный центр, 3-село
4. Условия жилья: 1-квартира, 2-частный дом
5. Как вы оцениваете ход вашего лечения: 1-ничего не помогает, 2-выздоровливаю, но медленно, 3-почти здоров
6. Ваш образ жизни: 1-сидячий, 2-активный, 3-большие физические нагрузки
7. Как вы оцениваете доступность информации по вашему уходу: 1-недостаток информации, 2-достаточно информации, 3-свой вариант ответа _____
8. Ваша профессиональная деятельность связана с: 1-умственный труд, 2-физический труд, 3-фермерство
9. Есть ли у вас наследственное заболевание: 1-гипертония, 2-нет, 2-свой вариант ответа _____
10. Режим питания до болезни: 1-плотный завтрак и ужин, 2-как получится, 3-полноценное трёхразовое питание, 4-свой вариант ответа _____
11. Препятствия для более быстрого выздоровления: 1-жилищные условия, 2-нехватка знаний по уходу за пациентом, 3-свой вариант ответа _____
12. Необходима ли помощь медицинского персонала в вопросах ухода за пациентами: 1-да, 2-иногда, 3-нет.