

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ

**«БЕЛГОРОДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**

(НИУ «БелГУ»)

МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ

ЦМК Сестринского дела

**РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТА С ТРАВМАМИ
ОПОРНО – ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА**

Дипломная работа студентки

очной формы обучения

Специальности 34.02.01 Сестринское дело

4 курса группы 03051506

Гриневой Ирины Александровны

Научный руководитель

Преподаватель Белоусова А. Л.

Рецензент

Врач травматолог ОГБУЗ «Городская больница
№2 г. Белгорода» Терехов Н. М.

БЕЛГОРОД 2019

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	3
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКОЕ ИЗУЧЕНИЕ РОЛИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТА С ТРАВМАМИ ОПОРНО- ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА	6
1.1. Виды травм опорно-двигательного аппарата.....	6
1.2. Лечебная физическая культура и её периоды	11
1.3. Роль медицинской сестры в реабилитации пациента после длительного постельного режима	12
ГЛАВА 2. ПРАКТИЧЕСКОЕ ИЗУЧЕНИЕ РОЛИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТА С ТРАВМАМИ ОПОРНО – ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА	20
2.1. Анализ статистических данных.....	20
2.2. Исследование роли медицинской сестры в реабилитации пациента с травмами опорно – двигательного аппарата	21
2.3. Выводы к проведенному исследованию и рекомендации	28
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	33
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ.....	35
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	37

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность. Здоровье человека самая важная составляющая его нормальной и счастливой жизни. Здоровье – это то, что определяет сущность двигательной активности человека, наличие у него вредных привычек, наследственных заболеваний. В настоящее время, человек стал очень халатно относиться к своему здоровью, что приводит не только к различным заболеваниям, но и к сокращению продолжительности жизни, может привести к инвалидности или даже к летальному исходу.

Но не только халатность по отношению к здоровью оказывает негативное влияние на здоровье человека. Среди населения страны растут показатели травматизма и с каждым годом количество пострадавших увеличивается. Это не только население детского и подросткового возраста, это также взрослые и, в особенности, пожилые люди. Мы ухаживаем за своими бабушками и дедушками, ведь прекрасно знаем, что они особенно нуждаются в посторонней помощи, заботе и защите, чтобы не допустить бытовых травм, бытовой инвалидности.

Общий уровень травматизма в стране формируется за счет таких травм как:

- 1) переломы различного характера;
- 2) вывихи;
- 3) растяжение или разрыв связок;
- 4) повреждение тканей мышц;
- 5) черепно-мозговые травмы;
- 6) различного рода ампутации.

Механические повреждения являются очень сложной проблемой в современной медицине, в частности, нейрохирургии, травматологии и реабилитации. Высокая смертность, глубокая инвалидизация, огромные денежные затраты на лечение и реабилитацию пациентов. Недостаток ухода за такими пациентами также является немаловажной проблемой. Также,

отсутствие реабилитации и должного ухода после травм может повлечь за собой тяжелые осложнения для человека.

Поэтому, на основе всего написанного, мною была выбрана тема дипломной работы: «Роль медицинской сестры в реабилитации пациента с травмами опорно-двигательного аппарата».

Цель моей работы заключается в проведении исследования, которое направлено на изучение основных проблем пациента и реабилитационной помощи, главную роль в которой играет медицинская сестра.

Объектом моего исследования являются пациенты, которые по каким-либо причинам направлены на стационарное лечение в травматологическое отделение ОГБУЗ «Городская больница № 2 г. Белгорода».

Предмет исследования – профессиональная деятельность медицинской сестры по уходу за пациентами, находящимися на строгом постельном режиме в связи с какой-либо травмой опорно – двигательного аппарата.

В ходе работы были сформированы **основные задачи**:

- 1) изучить теоретические данные по травмам опорно – двигательного аппарата;
- 2) проанализировать роль медицинской сестры в реабилитационной помощи;
- 3) составить рекомендации по плану ухода за пациентами с травмами опорно – двигательного аппарата.

Методы моего исследования:

- 1) теоретический анализ медицинской литературы по данной теме;
- 2) статистический;
- 3) социологический;
- 4) графический.

Базой моего исследования является ОГБУЗ «Городская больница № 2 г. Белгорода» отделение травматологии.

Теоретическая значимость исследования заключается в анализе профессиональной деятельности медицинской сестры и реабилитационной

помощи пациентам с различного рода травмами опорно – двигательного аппарата.

Практическая значимость исследования заключается в разработке рекомендаций по плану ухода, лечебной физкультуры для пациентов с различного рода травмами опорно – двигательного аппарата.

Структура работы: введение, 2 главы – теоретическая и практическая, диаграммы, заключение, выводы, рекомендации, список использованных источников и литературы.

Год исследования 2019 г.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКОЕ ИЗУЧЕНИЕ РОЛИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТА С ТРАВМАМИ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА

1.1. Виды травм опорно-двигательного аппарата

Травмой называется внезапное воздействие на организм человека факторов внешней среды (механических, физических, химических), приводящих к нарушению анатомической целостности тканей и функциональным нарушениям в них.

Различают следующие виды травматизма: производственный, бытовой уличный, транспортный, спортивный и военный.

Различают травмы острые, возникающие после сильного одномоментного воздействия, и хронические – возникающие после многократного воздействия повреждающего фактора малой силы на определенную часть тела. Травмы могут сопровождаться повреждением кожных или слизистых покровов – это открытые травмы (раны, переломы); могут быть без повреждения покровов – это закрытые травмы (ушибы, растяжения, вывихи) [10, с. 7].

Мышечные и связочные растяжения возникают при подъеме тяжелых предметов, чрезмерной мышечной нагрузке, а также при резком движении. Существует 3 степени тяжести растяжений:

- 1 ст. – несильное повреждение связок, которое не влечет за собой нарушение положения суставных поверхностей;
- 2 ст. – разрыв связок с неполным вывихом;
- 3 ст. – полный разрыв связок с разобщением суставных поверхностей.

Под ушибом подразумевают повреждение мышц, при котором на коже не образуется ран.

Выделяют 4 степени ушибов:

1 степень. Незначительное повреждение кожи. В месте удара видна

царапина или ссадина.

2 степень. Разрываются мышечные волокна и сосудистые стенки, в результате чего повреждённый участок отекает и в этом месте образуется гематома.

3 степень. Повреждаются мышечные и сухожильные волокна, но не нарушается функция травмированной конечности или сустава.

4 степень. Мышцы и сухожилия повреждаются настолько, что травмированная часть не выполняет своей функции.

«Перелом – это нарушение анатомической целостности кости, вызванное механическим воздействием и сопровождающееся повреждением окружающих тканей и нарушением функции поврежденного сегмента тела.

Переломы вследствие патологического процесса в костях (опухоли, туберкулез кости) называются патологическими.

Различают открытые переломы, сопровождающиеся повреждением кожных покровов, и закрытые, когда целостность кожи сохранена» [15].

«Также могут быть внесуставные переломы и внутрисуставные.

В зависимости от локализации переломы трубчатых костей делят на диафизарные, метафизарные и эпифизарные. По отношению к оси кости различают поперечные, косые, продольные, винтообразные, вколоченные переломы» [15].

Если кость повреждена с образованием осколков, то возникают оскольчатые переломы.

При образовании большого количества мелких осколков костей переломы называются раздробленными.

Под влиянием внешней силы и последующей тяги мышц большинство переломов сопровождаются смещением отломков: по ширине, длине, под углом, по периферии, вокруг оси.

«При незначительной силе травмирующего агента отломки могут удерживаться надкостницей и не смещаться – это поднадкостничные переломы.

В костях, имеющих губчатое строение (позвоночник, пяточная кость,

эпифизы длинных трубчатых костей), при травме происходит взаимное внедрение сломанных трабекул – возникает компрессионный перелом.

Диагноз перелома ставится на основе относительных (боль, припухлость, деформация, нарушение функции) и абсолютных (патологическая подвижность, крепитация) признаков» [15, с. 86].

Перелом ключицы возникает вследствие прямого удара по ключице или при падении на боковую поверхность плеча, локоть, прямую руку.

Клиника:

- 1) плечевой сустав на стороне перелома стоит ниже несколько кпереди;
- 2) пострадавший здоровой рукой поддерживает локоть и предплечье поврежденной конечности, прижимая ее к себе;
- 3) голова наклонена в поврежденную сторону;
- 4) в области травмы припухлость, явный дефект, сильная боль.

Перелом костей предплечья и локтевого отростка. Травма происходит из-за непосредственного удара локтя о твердый предмет при падении на наружную поверхность предплечья. Вследствие сокращения мышц костный отломок смещается кзади и кверху.

Клиника:

- 1) при переломе выпрямленная рука свисает, и пострадавший поддерживает ее здоровой рукой;
- 2) в области травмы отмечается припухлость, при надавливании сильная боль;
- 3) активное сгибание возможно, разгибание происходит пассивно.

«Переломы позвоночного столба относятся к числу самых тяжелых повреждений опорно-двигательного аппарата, ведь его роль в жизни человека заключается не только в опорном начале, но еще и в хранении спинного мозга, его элементов. Сохранность позвоночника обеспечивает нормальную функцию сложных нейронных связей, без которых невозможна полноценная жизнедеятельность организма» [14, с. 105].

Переломы позвонков шейного отдела имеют серьезный характер повреждений, не редко вызывают шок и скорую гибель пострадавшего. Больные с повреждениями шейного отдела не могут совершать активных движений, жалуются на сильные боли. Мышцы спастически сокращены и напряжены.

Переломы грудных и поясничных позвонков рассматриваются вместе из-за некоторой схожести в механизме их возникновения, клиническом течении и лечении. Большое значение для диагностики переломов имеет тщательно собранный анамнез. Обычно больные жалуются на боли в области поврежденного позвонка, особенно при поворотах и сгибании вперед и в сторону. В ряде случаев больные не предъявляют никаких жалоб. Движения туловища из-за болей ограничены, мышцы находятся в напряжении, пальпация болезненна. Боли в ряде случаев имеют опоясывающий или иррадиирующий характер. Переломы костей таза относятся к группе тяжелых травм, которые чаще всего сопровождаются шоком, обширной забрюшинной гематомой.

У каждого больного с переломом таза необходимо исключить повреждение органов брюшной полости, почек, селезенки и мочевого пузыря.

В зависимости от локализации перелома костей таза происходят различные нарушения функций конечности, отмечается резкая боль, припухлость, видимая деформация сустава и изменение длины конечности. Могут присутствовать вынужденные положения тела, патологическая подвижность, нарушение функций внутренних органов при их повреждении костными отломками.

Переломы костей бедра делятся на три группы:

- 1) переломы верхнего отдела бедренной кости – головки, шейки и вертелов;
- 2) подвертельные переломы, в верхней, средней и нижней трети;
- 3) переломы нижнего отдела бедренной кости – мышцелки.

Травма возникает в результате приложения огромной силы на бедренную кость, например, падение с большой высоты. Пострадавшего беспокоят боли в

области тазобедренного сустава, сниженная подвижность. При переломе верхней части бедра будет присутствовать «симптом прилипшей пятки», при котором пациент в положении лежа на спине не может поднять прямую ногу.

«Перелом костей голени возникает вследствие прямого и непрямого воздействия на кость (падение с большой высоты, сильный удар в область кости и т.д.). Клиника отличается в зависимости от локализации травмы, но есть и общие признаки, такие как боль, отек, изменение окраски кожного покрова. При попытке совершить движение конечностью, можно услышать хруст костных отломков. Опереться на поврежденную ногу не представляется возможным» [13, с. 4].

Первая помощь.

Первая помощь при травмах опорно – двигательного аппарата заключается в обеспечении покоя и обездвиживании поврежденной части тела. Человек, получивший травму, должен сесть или лечь и постараться не двигаться.

Если есть подозрение на повреждение костей, во избежание смещения отломков, пострадавшему лучше оставаться в исходном положении. Во время ожидания скорой помощи можно зафиксировать поврежденное место подручными материалами, например, одеялом или куском рубашки. Обездвиживание нужно для ослабления болезненности, предупреждения повторного травмирования, снижения вероятности разрыва сосудов или повреждения нервов.

В качестве жесткой шины можно использовать небольшую дощечку, металлическую полоску или твердые журналы. Анатомической шиной служит здоровая часть тела потерпевшего. Травмированную руку можно прибинтовать к грудной клетке, а сломанную нижнюю конечность – к здоровой.

Накладывая шину, нужно пользоваться некоторыми правилами:

- 1) не изменять положения поврежденной конечности;
- 2) не накладывать шину слишком туго;
- 3) накладывать шину не только на травмированную область, но и на

суставы, которые располагаются выше и ниже поврежденного участка, фиксируя ее к ним.

Для уменьшения болезненности и отека, независимо от вида травмы, к поврежденному месту необходимо приложить холод. Можно воспользоваться льдом, замороженными продуктами или хотя бы холодным куском металла.

1.2. Лечебная физическая культура и её периоды

При травмах опорно – двигательного аппарата занятия лечебной физической культурой делят на три периода:

1) Иммобилизационный период:

Задачами лечебной физической культуры является ликвидация местных нарушений, профилактика осложнений, стимуляция процессов регенерации и формирование временных компенсаций. Лечебную гимнастику назначают с первых дней заболевания пациента в стационаре. «В иммобилизационный период физические упражнения с длительным напряжением иммобилизованных мышц способствуют профилактике мышечных атрофий и лучшей компрессии отломков кости, восстановлению мышечного чувства. Мысленное выполнение физических упражнений травмированной конечностью способствует сохранению двигательного динамического стереотипа, соответствующего нормальному движению. В данном периоде лечебную гимнастику проводят 2 – 3 раза в течение дня с медицинской сестрой или самостоятельно» [12].

2) Постиммобилизационный период:

Задачами лечебной физической культуры является стимуляция регенерации тканей, увеличение амплитуды движений, нормализация правильной осанки и восстановление двигательных навыков. «Постиммобилизационный период соответствует образованию первичной костной мозоли в травмированной конечности, вместе с тем определяется снижение силы и выносливости мышц и амплитуды движения в суставах. В этом периоде физическая нагрузка возрастает за счет увеличения числа

упражнений и их повторений» [12].

3) Восстановительный период:

«Задачами лечебной физической культуры является восстановление нарушенных функций, создание новых двигательных актов. Общую нагрузку увеличивают за счет продолжительности и плотности занятий. Лечебная гимнастика проводится в комплексном применении других лечебных вариантов – лечебной ходьбы, лечебного плавания, трудотерапии, механотерапии» [12, с. 266].

1.3. Роль медицинской сестры в реабилитации пациента после длительного постельного режима

Активизация пациентов, длительно находящихся на постельном режиме, – весьма актуальная задача. Обездвиженность способствует развитию многих серьезных осложнений, которые сами по себе являются заболеваниями, способствующими инвалидизации.

Вынужденное длительное пребывание в постели противоречит воле человека, является искусственным состоянием, вследствие опасных переломов позвоночника, нижних конечностей.

Целью медицинских мероприятий в отношении таких больных должно быть предупреждение развития патологических процессов, приводящих к стойкой утрате трудоспособности. Поэтому наряду с медикаментозным сопровождением необходимы меры, способствующие социальной адаптации, и в этом главная роль отводится медсестре, так как именно она обеспечивает круглосуточное наблюдение больного, выполняет назначения врача.

«В сестринском деле гармонично сочетаются творческий подход и научная обоснованность процедур, использование соответствующих пособий, бесед, умение защитить пациента от негативных мыслей и чувств. Поэтому медицинская сестра должна быть отзывчивой, коммуникабельной, внимательной, проявлять терпение, поддерживать пациента, ведь от этого зависит его состояние и скорейшее выздоровление» [8, с. 37].

Активизация пациентов при нарушениях функций сердечно – сосудистой системы.

Отсутствие даже минимальных нагрузок у людей, длительно пребывающих на постельном режиме, приводит к нарушению работы сердечно – сосудистой системы (застойные явления, сгущение крови, образование тромбов). Активизация заключается в постепенном переводе пациента в вертикальное положение, изменении положения тела в постели, обеспечение возвышенного положения нижних конечностей и их массажа, достаточного водного режима, что снизит риск образования тромбов и частоту применения эластичных бинтов.

Активизация пациентов с нарушениями в дыхательной системе.

При длительном пребывании в положении лежа может прогрессировать дыхательная недостаточность, развиться застойная пневмония, усилиться кислородное голодание. Для профилактики осложнений такого рода необходима дыхательная гимнастика (активная и пассивная). Положительное действие оказывают надувание резиновых игрушек, воздушных шариков. Полезно пребывание на свежем воздухе, частое проветривание палаты.

Активизация пациентов с заболеваниями желудочно – кишечного тракта.

«Отсутствие активных движений при длительном пребывании в постели приводит к снижению тонуса желудочно – кишечного тракта, особенно толстой кишки, что ведет к запорам. Лежачие пациенты вынуждены совершать дефекацию в необычном и трудном положении, часто – в присутствии посторонних лиц, что способствует подавлению позывов на дефекацию. Через несколько месяцев лежания желудочно – кишечный тракт становится очень восприимчивым к изменениям диеты и к инфекции» [5].

Необходимо создать комфортные условия для осуществления акта дефекации в положении сидя. Согласно мнениям экспертов, пациенты, длительно находящиеся на постельном режиме, нуждаются в рационе с высоким содержанием пищевых волокон. Насыщать рацион дополнительной клетчаткой необходимо постепенно, чтобы не провоцировать избыточное

газообразование. Необходимы также массаж живота и выполнение комплекса упражнений для профилактики запоров: а) согнуть ноги в коленях и суставах таза, подтянуть к животу, через несколько минут опустить; б) максимально надуть живот, затем расслабить; в) втянуть живот, сохранять это положение несколько секунд, затем расслабиться.

Активизация пациентов с заболеваниями опорно – двигательного аппарата.

«Отсутствие двигательной активности у пациентов, длительно сохраняющих положение лежа, ведет к снижению мышечной массы. Это означает, что чуть больше чем через месяц постоянной неподвижности у человека произойдет полная атрофия мышц, и он не сможет двигаться без посторонней помощи» [5, с. 41].

Неподвижный образ жизни, вынужденное длительное пребывание в постели способствуют быстрой потере костной массы, что значительно повышает риск переломов. Снижение мышечной активности влечет за собой ограничение подвижности суставов, в результате чего возникают контрактуры. «Для предупреждения развития перечисленных состояний следует принять такие меры:

- 1) как можно раньше начать занятия гимнастикой в виде активных и пассивных упражнений;
- 2) обеспечить максимально возможную активность с введением элементов силовой гимнастики;
- 3) при параличе мышц или иммобилизации конечности гипсовой повязкой обеспечить конечности правильное положение;
- 4) принять меры по снижению боли в суставах и прилегающих к ним частям конечности.

Необходимо избегать грубых насильственных пассивных движений, вызывающих боль и рефлекторный мышечный спазм» [3, с. 15].

Общие упражнения для подвижности суставов:

Для повышения подвижности в суставах можно использовать следующие

упражнения:

Исходное положение – руки вперед, ладони вниз. Движение кистями вверх, вниз, внутрь, наружу.

Исходное положение – руки вперед, ладони внутрь. Движение кистями вверх, вниз, внутрь, наружу в лучезапястном суставе.

Исходное положение – руки вперед. Круговые движения в лучезапястных суставах, в локтевых и плечевых суставах.

Исходное положение – руки на пояс. Повороты туловища налево и направо с различным положением рук (в стороны, вверх).

Исходное положение – руки за голову. Круговые движения туловищем.

Исходное положение – руки к плечам. Круговые движения тазом влево и вправо.

Исходное положение – полуприсед, руки на колени. Отведение ног влево и вправо. Круговые движения в коленных суставах влево и вправо.

Исходное положение – основная стойка. Наклоны влево и вправо.

Исходное положение – руки вверх в стороны. Наклоны вперед до касания пола руками.

Исходное положение – лежа на спине, руки вверх. Наклоны вперед, руки к носкам.

Упражнения для мышц рук и плечевого пояса выполняются с самых разнообразных исходных положений (стоя, упор присев, лежа, в висе, стоя на коленях и т.д.). Движения в стороны, вверх, назад, вперед осуществляется как прямыми руками, так и согнутыми в локтевых суставах. Упражнения для рук и плечевого пояса могут широко использоваться в сочетании с упражнениями для других мышечных групп (ног, туловища и т.д.).

Упражнения для мышц шеи – это в основном наклоны головы вперед, назад, в стороны, повороты головы и вращательные движения.

Упражнения для мышц ног должны подбираться с учетом всех мышечных групп, выполняющих сгибание и разгибание ног в тазобедренных, коленных и голеностопных суставах. Это различные движения прямыми и

согнутыми ногами, выпады вперед, в стороны, назад, поднятие на носки, приседания на двух и одной ноге с опорой или без опоры руками, прыжки на месте, с продвижением вперед и др.

Упражнения для мышц туловища способствуют развитию подвижности в позвоночнике. Это в основном наклоны и повороты в различных направлениях.

Выполняются они из исходного положения стоя, сидя, лежа на животе и спине, стоя на коленях и др. После упражнений, направленных на развитие той или иной мышечной группы, должно следовать упражнение на расслабление, нормализующее мышечный тонус. Это поднятие рук и свободное, расслабленное их опускание, широкие, размашистые движения туловищем без напряжения, наклоны вперед с опущенными руками, расслабление мышц в положении сидя, лежа, потряхивание руками, ногами и некоторые другие упражнения [13].

Упражнения для воспитания осанки. Как правило, с возрастом в результате ослабления мышц ног и туловища, неправильного или вынужденного положения отдельных частей тела при работе или дома осанка ухудшается.

Исходное положение – сидя скрестить ноги, спина прямая, руки впереди. Наклоны головы вправо и влево.

Исходное положение – сидя скрестить ноги, спина прямая, руки впереди. Повороты головы вправо и влево с удержанием позы на 5 секунд.

Исходное положение – сидя скрестить ноги, спина прямая, руки впереди. Движение плечами вперед и назад.

Исходное положение – стойка на коленях с опорой на руки. Прогнуться в спине, голову поднять немного вверх, после чего согнуть спину, голову вниз.

Исходное положение – упор лежа на согнутых руках, ноги вместе. Выпрямить руки, прогнуться в пояснице, таз от пола не отрывать.

Исходное положение – упор лежа на согнутых руках, ноги слегка разведены. Медленно выпрямляя руки поднять с поворотом вправо сначала голову, затем грудь, таз от пола не отрывать, прогнуться в спине как можно

больше. То же в другую сторону.

Исходное положение – стоя на шаг от стены, касаясь стены ладонями. Прогнуться как можно больше назад и удерживать позу 5 секунд.

Исходное положение – стоя, прижавшись к стене затылком, лопатками, поясницей, ягодицей и пятками.

Исходное положение – стоя ноги врозь. Положить на голову небольшой предмет (книга). Сделать приседания, держа ровно голову и спину так, чтобы предмет не упал.

Исходное положение – стоя ноги врозь. Пройтись несколько метров, удерживая предмет на голове.

Эти упражнения помогут сохранить правильную и красивую осанку на долгие годы [6].

Активизация пациентов с нарушениями функций мочевыделительной системы.

«При длительном пребывании в горизонтальном положении моча дольше задерживается в лоханке, что способствует развитию инфекционного процесса, а затем – образованию камней в почках. Поэтому необходима катетеризация мочевого пузыря. Другая проблема лиц, длительно пребывающих на постельном режиме, - недержание мочи, одна из причин которого – слабость мускулатуры тазового дна. В таких случаях используют памперсы или абсорбирующее белье для взрослых» [9, с. 347].

Активизация пациентов с нейротрофическими нарушениями.

«Проблема профилактики и лечения пролежней на сегодняшний день довольно актуальна. Участки тела над костными выступами, которые соприкасаются с твердой поверхностью, наиболее подвержены образованию пролежней. Чаще всего они локализуются на крестце, седалищных буграх, лопатках, затылке, пятках и локтях, на бедрах в области большого вертела, коленях и лодыжках» [6, с. 45].

В решении проблемы пролежней наиболее важно повысить эффективность и совершенствовать методы их профилактики. Для успешности

консервативного лечения необходимо переворачивать пациента в кровати через каждые 2 часа. Большое распространение получили средства снижения давления на тело и обеспечивающие прерывность его воздействия – специальные кровати, подушки и прокладки, которые заполняются пеной, водой, гелем, воздухом или их комбинацией. «Они способны равномерно распределять давление по площади тела, снижая давление на конкретные участки тела. Благодаря особой, специально разработанной форме они поддерживают оптимальное положение позвоночника, что очень важно для людей, длительно находящихся на постельном режиме» [11, с. 210].

Местное лечение формирующейся пролежневой язвы включает в себя тщательный туалет области измененной кожи. Необходимо осуществлять постепенный переход из горизонтального положения тела в вертикальное, что возможно благодаря специальным кроватям.

«Срок реабилитации у людей с заболеваниями нервной системы после длительного пребывания в постели увеличивается в 4 – 5 раз. Длительно лежащие больные часто страдают социальной «одичалостью», то есть потерей навыков поведения в обществе» [7, с. 20].

На данном этапе задача медсестры – смоделировать образ человека, максимально приближенный к его привычному, домашнему образу, сформировать открытую среду для общения с пациентом, создать ему условия для активной умственной, творческой деятельности. Для достижения цели необходимо использовать разные формы трудотерапии. Трудотерапия способствует улучшению физического и психического состояния пациента. Она подбирается индивидуально в соответствии с потребностями пациента, с учетом его психического и физического состояния, возраста, увлечений, навыков и самочувствия. Главная ее задача – адаптация пациента к нормальной жизни, обретение частичной самостоятельности и максимальной независимости. Выделяют следующие формы трудотерапии:

- 1) эрготерапия – вышивание крестиком, вязание;
- 2) арт-терапия – раскрашивание рисунков, лепка;

- 3) музыкотерапия – пациент может петь, играть на инструментах, слушать музыку;
- 4) кинезотерапия – простые движения – глубокие вдохи, повороты шеи, взмахи руками;
- 5) книготерапия – пациент читает либо сам, либо ему читают вслух;
- 6) хореотерапия – выполнение упражнений под музыку;
- 7) людотерапия – разгадывание кроссвордов, головоломок, ребусов;
- 8) лесотерапия – лесные прогулки;
- 9) фильмотерапия – просмотр фильмов;
- 10) кулинарный тренинг – пациент должен что-то приготовить, например, намазать на хлеб масло;
- 11) тренинг на чувство реальности – тренировка пространственно-временной ориентации (сегодняшняя дата, имена родственников, домашний адрес) [1, с. 50].

В ходе общения следует инструктировать пациента и при необходимости помогать ему в выполнении заданий, но, важно помнить, что не стоит выполнять задание за него. Важно делать все для того, чтобы пациент мог дольше оставаться самостоятельным и благодаря этому чувствовать себя полноценным членом общества [2, с. 14].

Вывод: Таким образом, длительное пребывание пациентов в условиях постельного режима обуславливает развитие полиорганных нарушений, существенно ухудшает исход основного заболевания, способствуя инвалидизации, приводя к стойкой потере работоспособности, развитию социальной дезадаптации. Именно медицинская сестра становится временным спутником пациента и должна оказать ему не только физическую реабилитационную помощь, но и психологическую поддержку.

ГЛАВА 2. ПРАКТИЧЕСКОЕ ИЗУЧЕНИЕ РОЛИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТА С ТРАВМАМИ ОПОРНО – ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА

2.1. Анализ статистических данных

При исследовании проведен анализ статистических данных по травматизму населения Белгородской области и Российской Федерации за период 2016 – 2017 года. Полученные результаты представлены в виде диаграмм (Рис. 1 и Рис. 2). Данный анализ позволяет графически оценить то, что травматизм становится новым видом болезни 21 века, не смотря на улучшение качества медицинской помощи и реабилитации.

При анализе данных был использован статистический метод исследования. Данные были получены в Белгородском медицинском информационно – аналитическом центре.

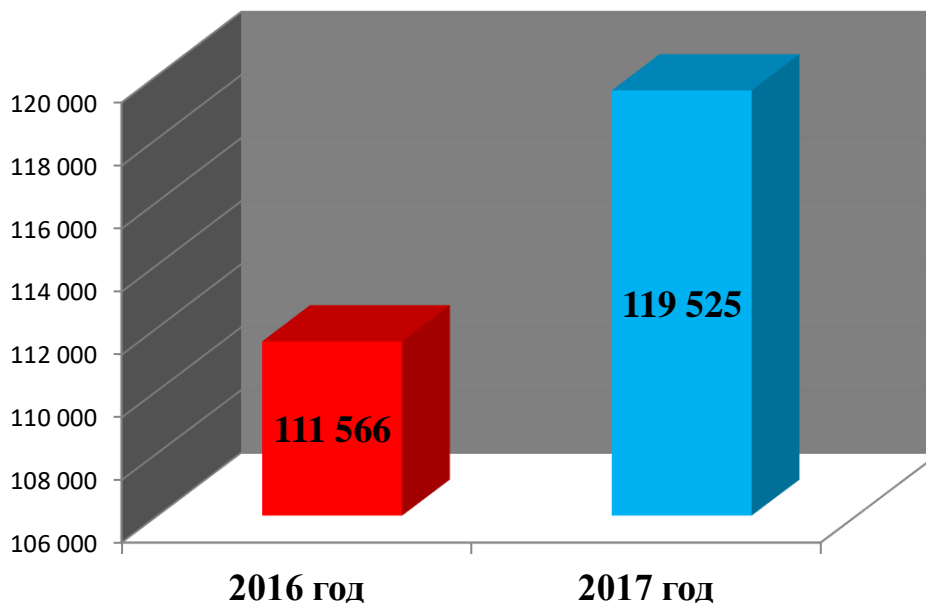


Рис. 1. Общее количество полученных травм в Белгородской области

На основании данных, представленных на диаграмме выше (Рис. 1) можно с точностью сказать, что уровень травматизма в Белгородской области значительно вырос по сравнению с прошлым годом.

Не лучше обстоят дела и с данными по всей Российской Федерации. На представленной ниже диаграмме (Рис. 2) четко виден рост травматизма за один год. Такой рост данных может быть связан с несоответствующими условиями труда, бытовыми травмами по неосторожности. И всем пострадавшим требуется качественный уход, высококвалифицированная медицинская помощь. Поэтому четко встает вопрос об улучшении качества медицинской помощи не только врачебной, но и сестринской, улучшение реабилитационных мероприятий, направленных на снижение инвалидизации населения. И в этом огромную роль, конечно же, играет медицинская сестра. Она отвечает за уход, восстановление пациента и возвращение его в привычную для него обстановку.

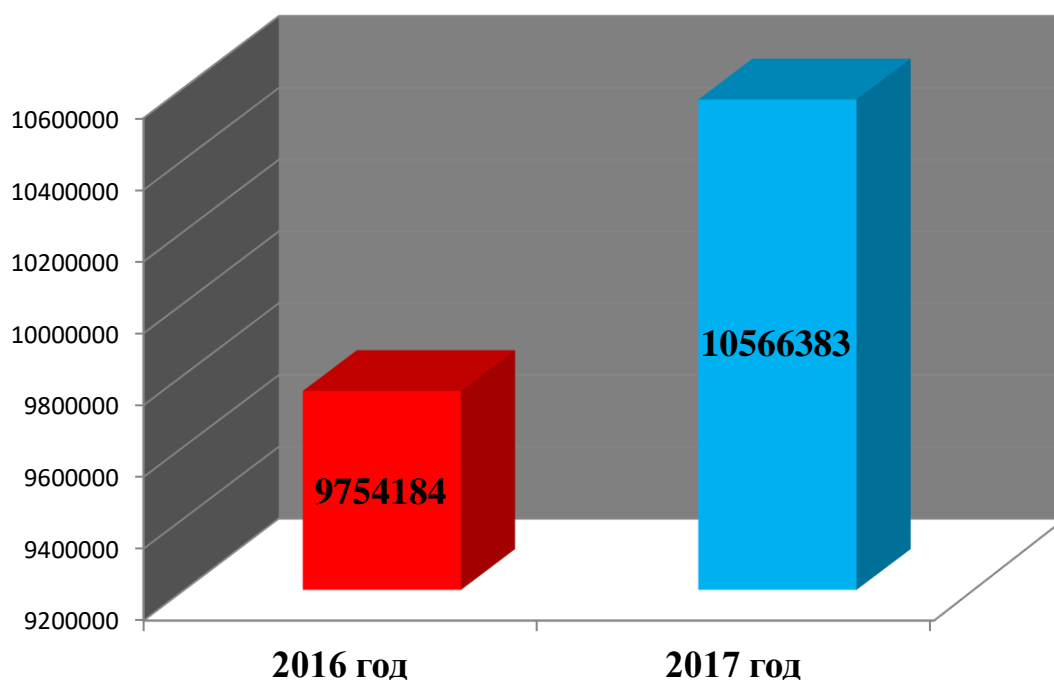


Рис. 2. Общее количество полученных травм в Российской Федерации

Для изучения роли медицинской сестры в реабилитационной помощи, было проведено исследование ее деятельности в уходе за пациентами с травмами опорно – двигательного аппарата.

2.2. Исследование роли медицинской сестры в реабилитации пациента с травмами опорно – двигательного аппарата

Исследование было проведено на базе ОГБУЗ «Городская больница №2 г.

Белгорода» в травматологическом отделении. В исследовании участвовало 30 человек, и все они находились на лечении в стационаре после перенесенных травм опорно – двигательного аппарата. В результате исследования было выявлено, что 33% находящихся на лечении пациентов – мужчины, а остальные 67% – женщины (Рис. 3).



Рис. 3. Пол пациентов

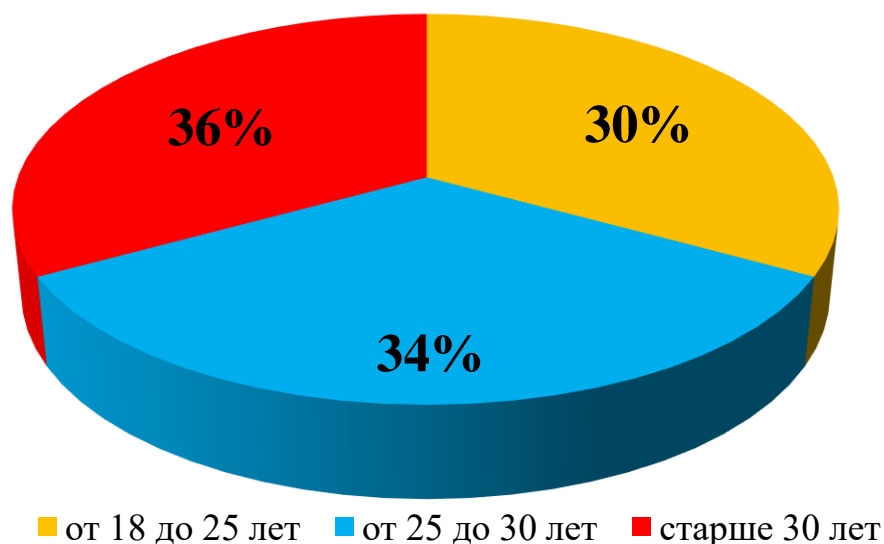


Рис. 4. Возраст пациентов

Если говорить о возрасте, то исследование (Рис. 4) показало незначительное преимущество тех, кто старше 30 лет – 36%, в категорию «от 25 до 30 лет» также попали 34%, ну а 30% в категории «от 18 до 25 лет». Данные

цифры говорят нам о том, что травматизм не распространяется только лишь на пожилых людей, а говорит о том, что в настоящее время эта форма болезни «молодеет».

В следующем исследовании (Рис. 5) видно, что 67% опрошенных работают, временно не работают 25% , и в категорию «учащиеся» попало 8%.

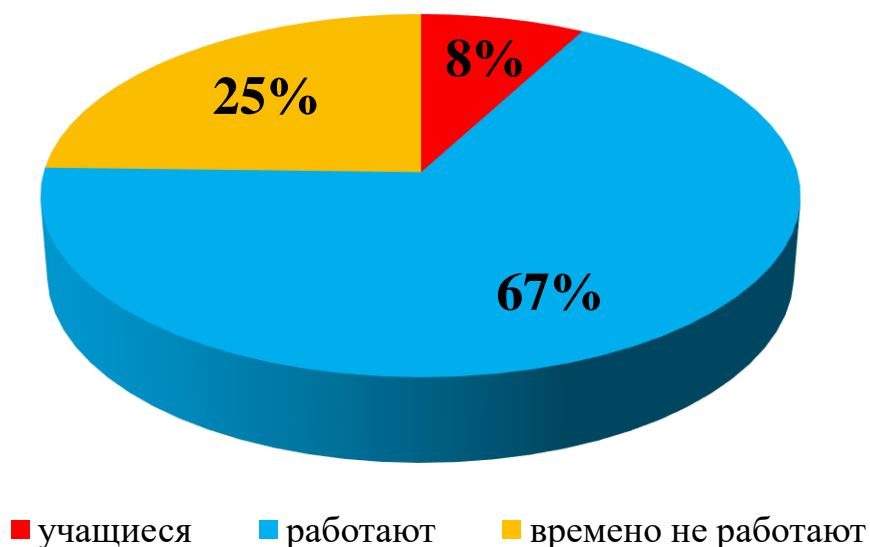


Рис. 5. Профессиональная занятость пациентов

Медицинская сестра должна тщательно следить за состоянием пациента, его физическими нагрузками, соблюдением диеты и постельного режима.



Рис. 6. Жалобы, существующие на данный момент

Также нужно следить за приемом лекарственных препаратов, назначенных врачом, ведь справиться с болью самостоятельно больной не сможет.

Так, например, на представленной выше диаграмме (Рис. 6) видно, что 29% жалуются на боль в пораженном месте, которая может быть незначительной, а может быть интенсивной и тогда состояние больного может только ухудшиться. Исследование показало, что 45% жалуются на боли в непораженных местах или мышцах, и такие пациенты в основном лежачие.

Также медицинская сестра должна оказывать пациенту помощь в самоуходе. Нужно тщательно следить за чистотой постельного и нательного белья, чистотой кожи, слизистых. Если пациент лежачий, то нужно не допускать появления пролежней на местах костных выступов.

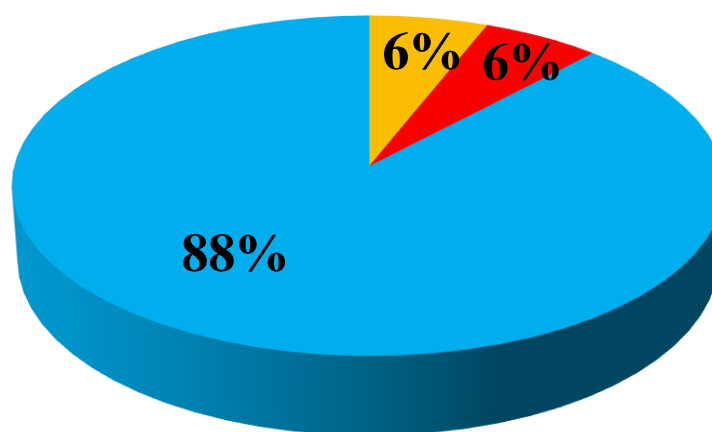


Рис. 7. Помощь медицинской сестры в уходе

Поэтому кожа должна быть сухой и чистой, постельное и нательное белье свежим, без неровностей. Пациент должен удобно лежать, следует менять ему положение в постели каждые два часа. В данном исследовании (Рис. 7) видно, что большинству пациентов оказывали помощь в уходе – 71%, но 29% утверждают, что должной помощи оказано не было.

Медицинская сестра на 99% связана с тем, как быстро пациент пойдет на поправку. Поэтому следует проинформировать не только самих пациентов, но и их родственников, чтобы они могли сами заботиться о нем, контролировать его и помогать. В период строгого постельного режима больному следует составить диету, рассказать о минимальном режиме двигательной активности, посоветовать легкие массажи здоровых конечностей.

Следует рассказать пациенту и его родственникам, что следует хоть немного менять положение в постели, к примеру, поднимать или опускать изголовье, ножной конец кровати. Также нужно тщательно следить за физиологическими отправлениями лежачих пациентов.



- получили полную информацию о своем состоянии
- не получили никакой информации о своем состоянии
- получили полную информацию, но не следуют указаниям

Рис. 8. Информированность пациентов о своем состоянии

В данном исследовании (Рис. 8) хорошо видно, что большинство, а именно – 88% получили полную информацию о своем состоянии, что можно делать, что нельзя, но все они не очень хорошо следуют указаниям. Каждого пациента можно понять, поскольку довольно сложно привыкнуть к, можно сказать, новому образу жизни. Остальные 6% утверждают, что не получили никакой информации или были информированы не в полном объеме. И лишь 6% получили информацию и четко следуют предписаниям.

Психологическая поддержка тоже немаловажный компонент в быстром и качественном выздоровлении. К тому же, совсем не обязательно разрабатывать какие-то тренинги, составлять планы, достаточно лишь уделить пациенту немного внимания, сказать несколько слов, улыбнуться. Достаточно быть вежливым, учтивым, терпеливым, если у него что-то не получается. Не нужно кричать и срывать на пациенте, от этого его состояние может ухудшиться.

Если пациент интересуется чем-то, что-то рассказывает, нужно выслушать его и ответить на все интересующие его вопросы. Нужно общаться с больными так же, как хотелось бы Вам. Для них здоровье – очень важная вещь и им, конечно же, интересна любая информация, которая поможет им сохранить и укрепить его.

Медицинской сестре следует обращать внимание на любые жалобы пациента, чтобы впоследствии можно было предотвратить риск развития серьезных заболеваний и осложнений. Медсестра должна установить с больным доверительные отношения, но никак не наоборот.



Рис. 9. Психологическая поддержка пациентов

Поэтому данное исследование (Рис. 9) было необходимо и выяснилось, что 74% получают необходимую поддержку с обеих сторон, то есть, и со

стороны медицинского персонала, и со стороны своих родных. Но вот 26% получают поддержку только со стороны родственников.

Данное исследование (Рис. 10) выявило, что 82% посещают занятия лечебной физической культуры, но вот 9% совсем этого не делают. Для остальных 9% занятия вообще не проводят.



Рис. 10. Проведение занятий лечебной физической культурой

Следующее исследование было направлено на занятия лечебной гимнастикой. Лечебная физическая культура – неотъемлемая часть полного выздоровления после перенесенной травмы.



Рис. 11. Болевые ощущения после занятий лечебной физической культурой

Исходя из исследования (Рис. 11), можно объяснить причину неявки на занятия лечебной физической культуры. Ведь около 15% испытывают сильные боли после занятий. Остальные 85% заявляют, что боль есть, но незначительная.

Следующее исследование (Рис. 12) было проведено с целью выяснить эффективность занятий лечебной физической культурой, и оказалось, что 75% считают, что лечебная гимнастика пока не имеет для них смысла. В то же время 25% убеждены, что лечебная физическая культура важный элемент в лечении. Медицинская сестра должна объяснить, что некоторые результаты лечения не видны сразу и нужно время, чтобы увидеть их и почувствовать.

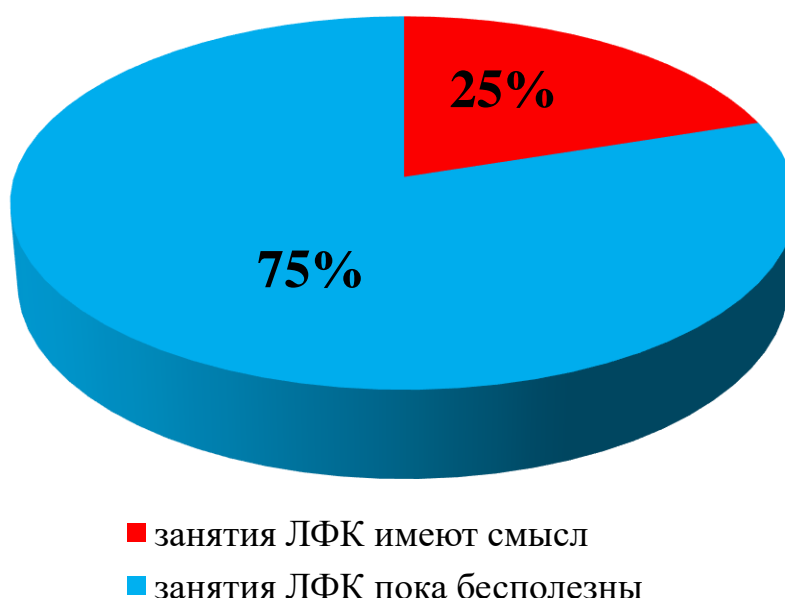


Рис. 12. Эффективность занятий лечебной физической культурой

2.3. Выводы к проведенному исследованию и рекомендации

Выводы: В нашем исследовании приняло участие 30 человек, что составляет 100%. Из них было выявлено, что 67% респондентов – женщины.

Следующее исследование было направлено на возраст пациентов, и оно показало, что большинство, а именно, 36% входят в категорию «старше 30 лет».

Из исследования о профессиональной занятости респондентов было выявлено, что 67% пациентов работают и живут обычной жизнью.

Было проведено исследование на жалобы пациентов в настоящий момент и большинство – 45% ответили, что жалуются на боли в непораженном месте, мышцах и суставах.

Из исследования о помощи в уходе выяснилось, что только 71% пациентов получали помощь от медицинской сестры в уходе.

Исследование на информированность пациентов показало, что 88% респондентов было проинформировано о своем состоянии в полном объеме, но довольно сложно привыкнуть к, можно сказать, новому образу жизни, поэтому наблюдались нарушения диеты, двигательной активности и приема лекарств.

Следующее исследование было направлено на выявление психологической поддержки пациентов и, выяснилось, что 74% респондентов получают ее с обеих сторон. Психологическую поддержку пациенты должны получать обязательно и со стороны родственников, и со стороны медицинской сестры. Это очень важно и нужно для полного и скорейшего выздоровления.

Также, 82% пациентов прекрасно посещают занятия лечебной физической культурой, значит, они понимают, что занятия полезны, что это очень важный элемент в лечении и профилактике осложнений.

Но 85% больных испытывают незначительные боли в пораженном месте. Здесь можно порекомендовать снизить нагрузку или сменить упражнение другим более легким. Также следует сообщить врачу о локализации болей и их интенсивности.

75% респондентов считают, что занятия лечебной физической культурой для них не имеют смысла, поскольку подобное лечение не дает быстрый результат.

Рекомендации:

Какие можно дать рекомендации медицинской сестре и родственникам пациента, чтобы предотвратить развитие пролежней:

- 1) менять положение в постели каждые два часа;
- 2) на места костных выступов можно подкладывать свернутую простынь, полотенце, также есть специальные подушечки;

3) делать массаж и легкую гимнастику здоровыми конечностями, например, вращательные движения в лучезапястных суставах, в локтевых, в плечевых по возможности;

4) также следует «заниматься» мысленно, представлять себе свою ходьбу, движение, например, поход по магазинам, работа на участке;

5) нужно следить за чистотой постельного и нательного белья, менять по мере загрязнения;

6) нужно следить за чистотой кожи и слизистых оболочек, нет ли покраснений на коже, шелушения;

7) сообщать врачу о любых изменениях цвета кожных покровов и слизистых.

Рекомендации медицинской сестре по поводу проведения бесед о лечебной гимнастике, диете и приема лекарственных препаратов:

1) еще раз объяснить пациенту, что выполнение рекомендаций нужно для скорого и полного выздоровления;

2) следить за тем, чтобы больной принимал нужные лекарства вовремя, давать информацию о лекарстве, времени приема и условиях;

3) рассказывать о диете в полном объеме, что можно, что нельзя, рассказать к чему может привести грубое несоблюдение пищевых рамок;

4) следует заниматься с пациентом гимнастикой, выполнять легкие упражнения, убеждать родственников в том, что это необходимо, обучить их если требуется.

«Классическое» питание после переломов включает в себя:

1) отказ от алкоголя, особенно в первые 2 недели после травмы;

2) упор на продукты с увеличенным содержанием кальция, фосфора, калия и магния;

3) потребление достаточного количества жиров животного происхождения;

4) включение в рацион блюд, овощей и фруктов, богатых витаминами D, C и B12;

- 5) нормализация потребления чистой воды;
- 6) полный отказ или снижение табакокурения.

Рекомендации при составлении меню для пациента с травмой опорно – двигательного аппарата:

Можно:

- 1) вода чистая или минеральная;
- 2) морсы, кисели, чай из шиповника;
- 3) кисломолочные напитки с минимальным сроком хранения;
- 4) морская рыба, рыбные консервы, икра;
- 5) мясо любых сортов, сало;
- 6) птица и яйца;
- 7) твердый сыр, творог;
- 8) грейпфрут, виноград, гранатовый сок;
- 9) овощные рагу, свежие салаты.

Нельзя:

- 1) алкоголь;
- 2) лимонад, сладкая газировка;
- 3) йогурт вместе с фруктами и овсянкой;
- 4) соленья, соль;
- 5) копчености, колбасы;
- 6) печень животных и рыб;
- 7) орехи и семечки (в большом количестве);
- 8) гречка или рис + молоко (сливочное масло);
- 9) каши, макароны, жареная картошка.

Рекомендации медицинской сестре по оказанию психологической поддержки пациентам:

- 1) разговаривать с пациентом;
- 2) внимательно слушать то, что он говорит, поддерживать беседу;
- 3) не кричать, не повышать голос, не ругать больного, если у него что-то не получается или он не выполняет установленных рекомендаций;

4) объяснить родственникам, что в данный период нужно заботиться о больном, ни в коем случае не оставлять его одного и не давать повода считать себя обузой и никому не нужным.

Рекомендации медицинской сестре по поводу проведения лечебной физической культуры:

1) нужно объяснить пациенту, что подобная терапия эффективна, но для достижения этого полного эффекта необходимо стараться, заниматься каждый день и тогда результат не заставит себя ждать;

2) заниматься с пациентом каждый день, начиная с легких упражнений и легкой физической нагрузки;

3) провести беседу с родственниками, объяснить им правила проведения лечебной гимнастики с лежачим пациентом;

4) по мере выздоровления увеличивать нагрузку и продолжительность проведения занятий.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Данная цель в работе достигнута. Изучив необходимую литературу, можно сделать выводы: травмы бывают самыми разными от растяжения до вывиха, от вывиха до перелома, бывают травмы простые и сложные, сломанные кости могут повредить внутренние органы и окружающие ткани.

По проведенному выше исследованию с использованием анкеты можно сделать вывод, что в настоящее время начало уделяться гораздо больше внимания реабилитационным мероприятиям, чем самому лечению. Конечно, препараты, назначенные врачом, тоже играют важную роль в корректировке состояния больного, но одни они не способны полностью снизить риск развития осложнений.

Но, следует помнить, что полное выздоровление пациента не зависит только от выписанных лекарств и постельного режима.

Медицинская сестра также играет немаловажную роль в жизни пациента, пока он находится в ограниченном пространстве своей палаты. Она должна не только выполнять назначения врача, но и уделять должное внимание своим пациентам, рассказывать им о методах профилактики развития пневмоний, контрактур суставов, атрофий мышц. Нужно заниматься гимнастикой не только с пациентом, но и с его родственниками, учить их, следить за выполнением всех рекомендаций. Нужно следить за своевременным приемом пищи и лекарственных препаратов, каждый раз спрашивать пациента о его самочувствии, следить за физиологическими отправлениями.

В каком бы тяжелом состоянии не находился пациент, без наличия нормального психологического фона лечение может оказаться неэффективным, а выздоровление затянуться на длительный период.

В результате исследовательской работы были выполнены все поставленные задачи:

- 1) изучены теоретические данные по теме «Травмы опорно –

двигательного аппарата»;

2) проанализирована роль медицинской сестры в реабилитационной помощи;

3) составлены рекомендации по плану ухода за пациентами с травмами опорно – двигательного аппарата.

Приветствуется разработка плана ухода, диеты, физической нагрузки, которая на разных этапах восстановления будет отличаться интенсивностью и разнообразием упражнений.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ

1. Агофонова, И. М. Фитотерапия заболеваний опорно – двигательного аппарата человека : записки старого терапевта [Текст] / И. М. Агафонова, О. Панасевич. – изд – во «Миклош», 2014. – 112 с
2. Бойков, В. П., Чермаков К. С., Караулов С. А. Болевой синдром при заболеваниях и повреждениях коленного сустава [Текст] / В. П. Бойков, К. С. Чермаков, С. А. Караулов. – журнал Медицинская сестра, 2016. – 20 с.
3. Бойков, В. П., Чермаков К. С. Острый болевой синдром при повреждениях и заболеваниях области локтевого сустава [Текст] / В. П. Бойков, К. С. Чермаков. – журнал Медицинская сестра, 2017. – 20 с.
4. Вжос, Е. Активизация пациента с деменцией в домашних условиях [Текст] / Е. Вжос. – Форум, 2016.
5. Елифанов, В. А. Реабилитация в травматологии [Электронный ресурс] : руководство / В. А. Елифанов, А. В. Елифанов. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. – (Серия "Библиотека врача-специалиста").
<http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970416853.html>
6. Завьялова, Т. П. Профилактика нарушений опорно – двигательного аппарата у обучающихся : учеб. пособие [Текст] / Т. П. Завьялова. – изд – во «Юрайт», 2017. – 184 с.
7. Козлова, Л. В. Основы реабилитации для медицинских колледжей : учеб. пособие [Текст] / Л. В. Козлова, С. А. Козлов, Л. А. Семенов; под общ. ред. Б. В. Кабарухина. – Изд. 2-е. – Ростов н/Д : Феникс, 2018. – 475 с.
8. Кригхофф, Р. Ортопедия : руководство для ортопедов, хирургов, травматологов [Текст] / Р. Кригхофф. – М. : Медицина, 2014. – 230 с.
9. Карпухина В. Полный справочник здоровья опорно – двигательного аппарата : полный справочник здоровья [Текст] / В. Карпухина. – изд – во «АСТ», 2014. – 477 с.
10. Коновалов, С. С. Опорно – двигательная система [Текст] / С. С. Коновалов. – изд – во «АСТ», 2019. – 32 с.

11. Николайчук, Л. В. Как быстро и эффективно лечить остеохондроз [Текст] / Л. В. Николайчук, Э. В. Николайчук, Г. Н. Зинкевич. – Ростов н/Д : изд – во «Феникс», 2014. – 320 с.
12. Попов, С. Н. Лечебная физическая культура : учебник для студ. высш. учеб. заведений [Текст] / С. Н. Попов, Н. М. Валеев, Т. С. Гарасева ; под ред. С. Н. Попова. – 5-е изд., стер. – М. : Издательский центр «Академия», 2014. – 416 с.
13. Прощаев, К. И. Проблема лежачих пациентов в стационарных социальных учреждениях [Текст] / К. И. Прощаев. – Материалы IV Всероссийской научно – практической конференции с международным участием «Социальная геронтология», 2015. – 10 с.
14. Сытин, Г. Здоровый позвоночник [Текст] / Ш. Курбанов, Г. Сытин, С. Риппл. – изд – во «Весь СПб», 2016. – 344 с.
15. Цыбулькин, А. Г. Опорно – двигательная система : практикум [Текст] / А. Г. Цыбулькин, Л. Л. Колесников, Т. В. Горская. – изд – во «Новая волна», 2014. – 160 с.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Особенности развития пролежней

Стадия	Описание	Признаки и симптомы	Сроки заживления
1 стадия	Изменение цвета	Участок розовый или покрасневший, при нажатии пальцем бледнеет	При снятии давления быстро проходит
2 стадия	Изменение цвета	Участок красный, горячий, поверхность приподнимается или отекает, при нажатии пальцем не бледнеет, кожа может слезать	Дни или недели постельного режима
3 стадия	Поверхностная язва	Рана на коже в жировом слое, с переменным цветом от голубого до черного	Несколько недель строгого постельного режима
4 стадия	Глубокая язва	Глубокая рана, проникающая в жировой слой, мышцы и, возможно, даже кость	Месяцы постельного режима или хирургическое вмешательство

Вам предлагается заполнить опросник, который поможет врачу и медицинской сестре лучше понять состояние вашего здоровья.

1. Ваш пол: а) женский; б) мужской.
2. Ваш возраст: а) 14 – 18; б) 18 – 25; в) 25 – 30; г) старше 30.
3. Профессиональная занятость: а) учащийся (школа, колледж); б) работаю; в) временно не работаю; г) инвалид вследствие заболевания;
- д) пенсионер по возрасту.
5. Какие жалобы существуют на данный момент? а) боли в пораженном месте; б) плохой сон плохой аппетит; в) покраснение кожи в местах, на которых чаще спите/отдыхаете; г) ноющие боли в непораженных суставах, мышцах.
6. Получена травма: а) впервые; б) повторно (на этой же конечности).
7. Помогала ли Вам медицинская сестра в адаптации к своему состоянию, оказывала ли помощь в передвижении, в уходе?
 - а) да; б) нет.
8. Проводят ли с вами занятия лечебной физкультуры и как часто?
 - а) да, проводят, три раза в неделю
 - б) да, проводят, но не хожу на них
 - в) нет, не проводят
9. Чувствуете ли вы усталость после занятий, боль в пораженном месте?
 - а) нет, боли нет
 - б) боль есть, но незначительная
 - в) боль есть, прошу обезболивающие препараты
10. Важна ли вам психологическая поддержка медицинского персонала? Есть ли у вас поддержка родных и близких?
 - а) есть поддержка с обеих сторон
 - б) есть поддержка только со стороны медицинского работника
 - в) есть поддержка только от родственников
11. На ваш взгляд, помогают ли Вам реабилитационные мероприятия – лечебная физкультура, массаж?
 - а) да, помогают, даже если результата пока нет
 - б) нет, не помогают, не вижу в них смысла
12. Получили ли Вы полную информацию от медицинского работника о своем состоянии – что можно делать, а что нельзя?
 - а) да, получил в полном объеме, стараюсь придерживаться
 - б) получил в полном объеме, но иногда нарушаю
 - в) нет, никто ничего не объяснил, выяснил все сам

Спасибо за участие!

Особенности ухода за пациентом с травмой опорно – двигательного аппарата.

Временная нетрудоспособность, возникшая в силу травмы жизненно важных органов, осложняется во многом невозможностью самостоятельно ухаживать за собой, не говоря уже о соблюдении режима и своевременном приеме медикаментов. С больным всегда должен кто-то находиться рядом, особенно если травма предполагает постельный режим.



Уход за лежачими больными после травмы предполагает проведение следующих мероприятий:

- обеспечение личной гигиены;
 - соблюдения режима питания и приема медикаментов;
- 
- постановка обезболивающих инъекций;
 - профилактика пролежней за счет периодических переворачиваний больного, смены положения;
 - лечебный массаж;
 - ЛФК на разработку суставов и восстановление физической активности.

«Классическое» питание после переломов включает в себя:

- отказ от алкоголя, особенно в первые 2 недели после травмы;
- упор на продукты с увеличенным содержанием кальция, фосфора, калия и магния;
- потребление достаточного количества жиров животного происхождения;
- включение в рацион блюд, овощей и фруктов, богатых витаминами D, C и B12;
- нормализация потребления чистой воды;
- полный отказ или снижение табакокурения.



Рекомендации при составлении меню для пациента с травмой опорно – двигательного аппарата:

можно:

- вода чистая или минеральная;
- морсы, кисели, чай из шиповника;
- кисломолочные напитки с минимальным сроком хранения;
- морская рыба, рыбные консервы, икра;
- мясо любых сортов, сало;
- птица и яйца;
- твердый сыр, творог;
- грейпфрут, виноград, гранатовый сок;
- овощные рагу, свежие салаты.



нельзя:

- алкоголь;
- лимонад, сладкая газировка;
- йогурт вместе с фруктами и овсянкой;
- соленья, соль;
- копчености, колбасы;
- печень животных и рыб;
- орехи и семечки (в большом количестве);
- гречка или рис + молоко (сливочное масло);
- каши, макароны, жареная картошка.



Берегите свое здоровье!

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

Особенности ухода за пациентом с травмой опорно – двигательного аппарата

Белгород, 2019 г.