

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

МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ

ЦМК Сестринского дела

**АНАЛИЗ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПРИ РЕАБИЛИТАЦИИ
МАЛОМОБИЛЬНОГО ПАЦИЕНТА**

Дипломная работа

**Студентки очной формы обучения
специальности 34.02.01 Сестринское дело
4 курса группы 03051503
Коробковой Ирины Руслановны**

Научный руководитель
преподаватель Шенцева И.Н.

Рецензент
Врач-педиатр
ОГБУЗ «Детская областная
клиническая больница»
Семенова Г.Д.

БЕЛГОРОД 2019

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	3
ГЛАВА 1.ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРИ РЕАБЕЛИТАЦИИ МАЛОМОБИЛЬНОГО ПАЦИЕНТА.....	5
1.1. Малоподвижность и проблемы пациента связанные с ней	5
1.2. Значение реабилитации для людей с малоподвижностью	11
1.3. Роль медицинской сестры в реабилитации малоподвижного пациента	17
ГЛАВА 2. ПРАКТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПРИ РЕАБИЛИТАЦИИ МАЛОМОБИЛЬНОГО ПАЦИЕНТА.....	22
2.1.Статистические данные по распространенности маломобильных пациентов собранные на базе ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа».....	22
2.2. Анализ анкетных данных, понятие пациентов и их родственников о реабилитации при маломобильности	26
2.3. Анализ деятельности медицинской сестры при малоподвижности пациентов.	29
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	38
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ.....	40
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	42

ВВЕДЕНИЕ

В мире более одного миллиарда людей, у которых движения ограничены, это можно сказать, примерно каждый десятый житель России. По статистике ВОЗ, 785 миллионов человек в возрасте от 15 лет и старше живут с инвалидностью.

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) эта цифра возрастает в связи со старением населения и увеличением числа людей, страдающих хроническими заболеваниями, напрямую связанными с инвалидностью: диабетом, сердечно-сосудистыми болезнями, ментальными расстройствами и другими патологическими процессами, происходящими в организме.

В четырех областях России самый большой процент инвалидности, к ним относятся: Белгородская, Ленинградская, Московская и Рязанская области. Примерно 60% жителей России страдают от сердечно-сосудистых заболеваний, которые могут привести к малоподвижности.

Малоподвижность приносит в жизнь человека ограничения физической активности, нарушение самообслуживания, неприятный дискомфорт и появление психоэмоциональных проблем. Все эти проблемы могут усугубить состояние человека с инвалидностью. В этом случае роль медицинской сестры является первостепенной как в уходе, так и при реабилитации пациента.

Актуальность проблемы обусловлена социальным аспектом, так как данные проблемы встречаются в жизни довольно часто. Увеличивается доля стойкой и временной нетрудоспособности у людей пожилого возраста, а в последнее время с проблемой малоподвижности сталкивается и молодое поколение.

Цель исследования: изучить профессиональную деятельность медицинской сестры при реабилитации маломобильного пациента.

Задачи исследования:

- провести анализ литературных данных по проблеме реабилитации маломобильных пациентов;

- определить общие принципы организации процесса реабилитации на примере ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа»;

- проанализировать профессиональную деятельность медицинских сестер в ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа» кардиологического отделения.

Объект исследования: медицинские сестры, участвующие в реабилитации маломобильного пациента.

Предмет исследования: деятельность медицинской сестры.

Методы исследования:

- научно-теоретический анализ медицинской литературы;
- организационный (сравнительный, комплексный) метод;
- статистический метод.

База исследования: ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа»

Работа состоит из: введения, двух глав, заключения, списка использованных источников и литературы, приложения.

Теоретическая значимость. Заключается в подробном изучении медицинской литературы о малоподвижных пациентах и реабилитации.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРИ РЕАБЕЛИТАЦИИ МАЛОМОБИЛЬНОГО ПАЦИЕНТА

1.1. Малоподвижность и проблемы пациента связанные с ней

Малоподвижность это результат острых, хронических заболеваний, которые проходят очень тяжело для данной категории пациентов. Осложнения, вызванные малоподвижностью, могут быть обратимыми и необратимыми. Они значительно усугубляют результат главного заболевания и способствуют инвалидизации самого пациента.

В главную очередь, для пациента опасны трудности, образующиеся при повреждении дерматологических покровов. В горизонтальном положении, кожа подвергается трению с бельем, сдавливанию между тканями, поверхностью матрасов и дерматологическими покровами (мышцами, кожей и многим другим), потом, складок, мочой, крошек и остального.

У пациента имеют все шансы сформироваться пролежни, опрелости и повреждения целостности кожи от зуда, очень сильной влажности или сухости кожи. Покров кожи становится более чувствительным к проветриваниям в комнате, температуре, смене постельного и нательного белья.

Профилактика состоит в частой и регулярной гигиенической обработки кожи человека, в выборе ему теплой, легкой и дышащей одежды, которая не вызывает обильного потоотделения. Необходимо нанести присыпку или крем, содержащий тальк в кожные складки, позже нанести защитный крем, который увлажняет и защищает кожу от внешних раздражителей. Использование противопролежневых матрасов, подушек-валиков и частое изменение положения пациента помогает предотвращать сдавливание мягких тканей, что в свою очередь предохраняет от пролежней.

При малоподвижности пациента, различные сосуды, подвержены полному или частичному сдавливанию, особенно сосуды, который находятся в

нижних конечностях. Если пациент не будет выполнять физические упражнения или его мышцы не будут сокращаться, то кровь вследствие этого будет сдавливаться в венах, что и повлияет на скорость кровообращения в кровяных руслах. Из-за того, что кровь в венозных руслах будет замедляться, могут образоваться тромбы. После чего тромб может оторваться, и направиться к лёгким с кровотоком, а дальше возможен риск закупорки этим тромбом легочного просвета артерий. Часто это может закончиться для пациента смертельным исходом или инвалидностью [11,с.241].

Для предотвращения тромбоза, используются ролики для ног для снижения кровяного давления и активации пациентов, контролирует систему свертывания крови. Использование в больнице компрессионного трикотажа (эластичные чулки, бинты для ног) сегодня считается подозрительным, но крайне важно для пациентов, страдающих острыми церебральными сосудистыми травмами и операциями. Если нет противопоказаний, то следует регулярно применять упражнения (пассивные и активные) для ног, даже простые движения ног под одеялом быстрее двигают кровь в организме. Малоподвижных пациентов нужно верно позиционировать.

Тонус кровеносных сосудов существенно ослабевает, если пациент ведёт малоподвижный образ жизни. Это приводит к тому, что артериальное давление пациента может значительно снижаться, когда он будет менять своё положение, например, когда из лежачего переходит в сидячее или полусидячее. Когда пациент собирается встать, давление может резко снизиться, а после чего может случиться обморок. Поэтому для предотвращения обморока пациента нужно подготавливать, с помощью регулярных физических упражнений, для того, чтобы пациент встал на ноги.

У маломобильного человека возникают проблемы, связанные с органами дыхания. Так как диафрагма не опускается, в горизонтальном положении объем легких уменьшается, в отличие от вертикального положения. Уменьшается кровоток и это приводит к застою в легочной ткани – отсутствие физических

движений, накопление мокроты в легких, особенно уменьшение объема вентиляции легких. Мокрота плохо откашливается, из-за того, что она становится вязкой, вследствие чего еще и появляется сильный кашель. Из-за того, что мокрота собирается в дыхательных путях, она тем самым увеличивает застой в лёгких, что приводит к инфекционно-воспалительным процессам в легочной системе.

Профилактика состоит из дыхательной, пассивной или активной, гимнастики, выполнение пациентом активных движений. Необходимо пациенту проводить частый массаж грудной клетки, во время того, как он меняет свое положение. Чтобы мокрота легче отходила нужно просить пациента, чтобы он чаще откашливался. Диета пациента должна быть насыщена белками и витаминами, в особенности витамином «С».

Тонус желудочно-кишечного тракта может понизиться и привести к запорам из-за отсутствия у пациента активных движений или даже низкой подвижности. Не редко ещё возможны такие случаи, когда запоры сменяются диареей. Часто пациентам приходится при посторонних лиц совершать дефекацию в трудных, неподходящих и необычных положениях, что может поспособствовать укреплению позывов на дефекацию. Расстройство желудка могут не редко вызывать такие явления, как вялость и запоры в желудочно-кишечном тракте. Оно сначала выражается в виде налёта на языке, легкой тошноте, отсутствии аппетита и не приятным запахом изо рта. Иногда в тяжёлых случаях может привести к смерти пациента каловая интоксикация. Желудочно-кишечный тракт очень восприимчив к инфекциям и к изменениям в диетах или смене питания, то есть, люди страдают с расстройствами пищеварительного тракта быстрее, чем человек в активном состоянии. Неправильное жевание, слабая работа слюнных желез во рту, неадекватная или неправильная обработка полости рта способствуют появлению закупорки железных протоков и возникновению паротита.

Профилактика осложнений основана на гигиенических, диетических правилах и в упражнениях, позволяющих создать комфортные условия для физиологического функционирования брюшной стенки. Если пациент может встать, то 8-10 раз в день встать хотя бы на 1 секунду, чтобы кишечник мог работать эффективно. Тщательное жевание стимулирует секрецию слюны.

Отсутствие движений может привести мышцы пациента к атрофии, так как при не выполнении физических упражнений или просто даже при отсутствие движений мышечная масса сокращается до 10% в сутки. В течении месяца без обычных движений может случиться полная атрофия мышц и после этого пациент не сможет сделать простейшие движения без посторонней помощи.

Основана профилактика в активизации пациента, в частом выполнении физических упражнений активных или пассивных, проведение массажа пациенту [13,с.91].

Боль в суставах - это первое, что нужно ждать от суставов пациентов, которые долго лежат. Это условие позже может сделать реабилитацию невозможной. Тугоподвижность суставов вызывает боль при использовании суставов. Пациент начинает дополнительно щадить пораженный сустав и перестает двигаться вовсе, что усиливает его обездвиженность. Пациент не может обслуживать себя, двигаться и работать из-за ограничения физических упражнений, которые вызывают серьёзную дисфункцию. Ограничение подвижности суставов проявляются вследствие потери мышечной активности. Действия для профилактики развития контрактур:

- Начинайте, как только возможно раньше проводить гимнастику и воздействуйте на все суставы, если возможно, особенно на суставы в неактивном состоянии;

- Убедитесь в правильности положения конечностей и регулярном чередовании этих положений;

- Проводите мероприятия, чтобы уменьшить боль в суставах и конечностях.

Из-за того, что пациент не будет долго двигаться, то очень возможно, что подвижность суставов будет утеряна из-за слияния суставных концов у костей, и такая проблема может быть решена только хирургическим путем.

Так как пациент долго лежит и не может двигаться, то его кости становятся более слабыми и хрупкими, так как содержание кальция в них уменьшается. Некоторые (трубчатые) кости содержат красный костный мозг, который вырабатывает клетки крови, в том числе и тромбоциты, участвующие в свертываемости крови. На снижение выработки тромбоцитов и других клеток крови значительно влияет снижение физической активности, что отражается плохо на состоянии пациентов. Так как кровь содержит малое количество тромбоцитов пациент может испытывать недомогание, спонтанное кровотечение из носа или десен. Эти кровотечения не сильные и незначительные, но они очень длительные, что плохо сказывается на пациенте, так как это ослабляет его. Люди, которые не активны в пожилом возрасте, падают чаще. Их падения часто приводят к переломам. Во время самостоятельного восстановления передвижения пожилые и ослабленные пациенты должны использовать устройства для дополнительной поддержки: ходунки, поручни, трости и прочие приспособления.

Мышечная работа делает кости сильными. То есть активация пациента, пассивными или активными упражнениями, использование тренажеров задержит приближение остеопороза.

К изменениям мочевыделительной системе может повлиять долгое положение лежа. В этом положении моча задерживается дольше в почках и это способствует развитию инфекций, образование камней и песка в почках и в мочевом пузыре. На почки еще может повлиять длительное тепло, оно делает человека уязвимым к холоду. Возможно, что некоторых пациентов приводит к

дискомфору, использование судна или утки, обращение за помощью с гигиеническим обслуживанием.

Дискомфорт пациента может сопровождаться повышенной чувствительностью и появлению депрессии из-за того, что он сам себя не может обслужить в повседневных делах, и ему приходится обращаться за помощью к посторонним лицам.

Самая неприятная проблема, это образование камней в почках. В основном женщины подвергаются данной проблеме в 6-8 раз ниже, чем мужчины.

Позже могут появиться проблемы с кожей, из-за того, что пациенты испытывают недержание мочи. Для некоторых пациентов появляется большая проблема, как неожиданное мочеиспускание в постели, она очень тяжело переживается и может проявляться в виде стресса. Также важно помнить, что удерживать мочу в горизонтальном положении является более тяжёлым способом, чем в вертикальном положении.

Профилактика включает такие действия, как своевременная подача судна, достаточное обеспечения водой пациента, предотвращение охлаждения и создание комфортных условий для мочеиспускания. Важным при малоподвижности является активация пациента [14,с.45].

Одной из актуальных проблем является бессонница ночью. Идея полагаться на снотворное делается очень быстро, и пациенты часто реализуют его без консультации с врачом. Но использование снотворных не даёт глубокого, хорошего сна. Человек, хоть засыпает и спит, но не отдыхает, он становится «вялым», что в свою очередь приводит к повышенной чувствительности и появлению депрессии. Если пациент проводит время в лежачем положении, симптомы неврологического расстройства усиливаются. Эта болезнь неизбежно заставит человека постоянно оставаться в постели.

Профилактика бессонницы заключается в соблюдении требований по нормализации сна. Чтобы создать условия для активной умственной работы,

нужно организовать досуг пациента. Необходимо поощрять самостоятельную деятельность пациента. Попробуйте максимизировать режим пациента. Чтобы избежать потери социального поведения, люди должны общаться. Людям с заболеваниями нервной системы нуждаются в реабилитации.

Общение с малоподвижным пациентом происходит не из лучшего положения, так как пациент лежит, а человек, который говорит, сидит, или стоит. Такие позиции искажают слух, тем самым заставляя пациента напрягать слух. Ещё лежащий пациент прислушивается к окружающему его пространству, так как он не может посмотреть по сторонам или встать, тем самым тоже напрягает слух. Снизить слух или вызвать его потерю могут эти два фактора.

Пациент, носящий слуховой аппарат должен одевать его перед общением и проверять эффективность его работы, так как она может быть снижена при разрядке слухового аппарата, поэтому обязательно нужно проверить пригодность и чистоту батареек [10,15].

Самоуважение пациента подавляется, когда тело пациента подвергается частому обнажению, в присутствии посторонних лиц, неэтичное обращение. Это может отрицательно повлиять на процесс выздоровления пациента, снизить самооценку и отказать в реабилитации.

При выполнении процедур, связанных с обнажением тела, должны соблюдаться этические правила медсестер и обеспечивать интимную атмосферу. Необходимо позаботиться о внешности пациента с учетом пола, возраста, социальных и личных предпочтений[6,с.20].

1.2. Значение реабилитации для людей с малоподвижностью

В нашей стране реабилитация лиц, имеющих нарушение здоровья с расстройствами функций организма, вследствие врожденных или приобретенных травм, дефектов, приводящих к ограничению работоспособности, стала государственным вопросом. Эта сфера деятельности

оценивается, как государственный вопрос и расценивается общеустановленными постановлениями правительством законодательными актами. В больничной группе, есть такие кабинеты, как кабинет психотерапии, массажа, ЛФК, физиотерапии и прочих.

Дальнейший расцвет сети реабилитационных центров и развитие их работы позволят добиться наилучших достижений в деле присоединения инвалидов к общественно полезной работе и воссоединение с обществом. Реабилитация важна при последствиях тяжёлых травм, различных заболеваниях внутренних органов, психических болезнях, приобретенных или врожденных заболеваниях опорно-двигательного аппарата и прочее.

Реабилитация - это техника лечебно-педагогических действий, направленных на предостережение и лечение патологических состояний, которые могут привести к стойкой, и к временной потере работоспособности.

О реабилитации необходимо рассуждать в тех обстоятельствах, когда больной уже имел опыт в социальной жизни и общественно важной деятельности.

Полное восстановление утраченной функции организма или даже частичное восстановление, это главная цель реабилитации.

Для достижения этой цели используются реабилитационные мероприятия, такие как массаж, лечебная физическая культура, трудотерапия, психотерапия и многие другие восстановительные методы лечения. Но больше всего в реабилитации главную роль играет физическое воздействие на пациента.

Самые главные задачи реабилитации являются видоизменение компенсаторных приспособлений для повседневной жизни и восстановление функциональных возможностей организма пациента.

Формы и принципы развития медицинской реабилитации:

- реабилитация должна выполняться, начиная с самого возникновения травмы или болезни, вплоть до абсолютного возвращения человека в общество;

-проблематика реабилитации должна решаться совокупно, с рассмотрением всех ее концепций;

-реабилитация должна приравниваться к постоянно меняющейся целостности болезней, но и ещё учитывать механический прогресс и преобразовании социальных структур;

-реабилитация, для всех тех, кто в ней нуждается, должна быть достижимой.

Самые важные значения реабилитации:

- медицинское значение, включающее в себя вопросы диагностики и охраны здоровья;

- психологическое значение, считается, что это усиление процесса привыкания к новым обстоятельствам, изменившим жизнь пациента;

- профессиональное значение отвечает за предупреждение уменьшения или потери работоспособности, у лиц, имеющих нарушение здоровья со стойкими расстройствами функций организма, обусловленные заболеваниями, дефектами или последствиями травм, в меру возможных сил восстановление работоспособности; сюда вступают задачи определения работоспособности, профессиональной гигиены, трудовой занятости, психологии и физиологии труда, переквалификации;

- физическое значение, включает все задачи, связанные с использованием физических факторов: физиотерапии, средств лечебной физической культуры, с повышением физической трудоспособности;

- социальное значение, содержит суть отношений больного с его семьей, человечеством, предприятием;

-экономическое значение – это рассмотрение экономических расходов и поджидаемого экономического результата при всевозможных методах реабилитационного лечения, методах и формах реабилитации для планирования социально-экономических и медицинских действий [5,с.32].

Медицинская реабилитация — это комплекс медицинских, психологических, педагогических и других видов мероприятий, нацеленных на возмещение или максимально возможное восстановление расстроенных, возможно полностью утраченных, в результате травмы или болезни, нормальных физиологических и психических функций (потребностей) человеческого организма, его работоспособности [8,с.30].

Медицинская реабилитация - это план диагностики, лечения и профилактики. Не тяжело представить, что слишком поздняя медпомощь, способствует возможным осложнениям и даже более сложному прогрессированию заболевания.

Потребности бывают такие, как самостоятельность действий, желание и возможность быть здоровым, свободное передвижение и наличие двигательной активности, иметь принадлежность к обществу, то есть общаться с людьми, получать необходимую информацию от них, самоактуализация через трудовую и различные виды деятельности.

В отличие от лечения, реабилитация проводится, когда в организме нет острой фазы патологического процесса.

Медицинская реабилитация плотно связана с остальными видами реабилитации - психологической, социальной, трудовой, физической, экономической[1,с.21].

Медицинская реабилитация включает в себя:

- 1) Оценку (диагностику) клинического состояния пациента; факторов риска проведения реабилитационных мероприятий; факторов, ограничивающих проведение реабилитационных мероприятий; морфологических параметров; функциональных резервов организма; состояния высших психических функций и эмоциональной сферы; нарушений бытовых и профессиональных навыков; ограничения активности и участия в значимых для пациента событиях частной и общественной жизни; факторов окружающей среды, влияющих на исход реабилитационного процесса;

- 2) Установление реабилитационного диагноза;
- 3) Определение реабилитационной необходимости и реабилитационной способности;
- 4). Формирование цели реабилитационных мероприятий;
- 5). Подготовка индивидуальной программы реабилитации;
- 6). Определение перспективы восстановления функций;
- 7) Составление плана реабилитационных мероприятий;
- 8) Комплексное применение лекарственной и не медикаментозной (технологий физиотерапии, лечебной физкультуры, массажа, лечебного и профилактического питания, мануальной терапии, психотерапии, рефлексотерапии и методов с применением природных лечебных факторов, нутритивная поддержка) терапии, а также средств, адаптирующих окружающую среду к функциональным возможностям пациента и (или) функциональные возможности пациента к окружающей среде, в том числе посредством использования средств передвижения, протезирования и ортезирования;
- 9) Оценку эффективности реабилитационных мероприятий в динамике;
- 10) Определение реабилитационного прогноза и обоснование направления пациента на следующий этап реабилитации или выписки домой;
- 11)Профилактика осложнений заболевания;
- 12) Гигиеническое воспитание населения [7,с.24].

Эти факторы одни из важных своевременных и правильных предупреждений осложнений.

Психологические показатели играют большую функцию в медико-социальной реабилитации. Качество жизни пациентов, перенесших травму, хирургическое вмешательство или серьезное заболевание, зависит от состояния заболевания, которое сначала использовалось для заболевания, а затем к его медицинским и социальным исходам. Кроме того, благополучие и состояние, угрожающие жизни пациенту, часто приводят к психическим изменениям,

сопровождающимся серьезным психическим стрессом. Психические расстройства, которые изменяют поведение пациента, могут привести к серьезным нарушениям для лечения и реабилитации.

В острой фазе травматического заболевания в эпидемиологии психологических состояний выделяют три главных этапа.

-первая фаза (длящаяся около недели) характеризуется, прежде всего психическими изменениями физических характеристик развития (страх смерти, беспокойство, растерянность и прочее.).

-второй этап - это беспокойные страхи о своем здоровье, внимание к своему состоянию, негативные чувства о будущем, депрессия и страх перед возможной инвалидностью. Процесс формирования психологического ответа на заболевание обычно завершается в течение 2-3 месяцев. Все психологические реакции на это заболевание наблюдаются на фоне некоторой умственной отсталости: общая слабость, усталость с небольшим физическим или умственным напряжением, повышенная возбудимость и сосудистая нестабильность.

- третий этап - психологическая реабилитация, предусмотренная для большинства пациентов. Особенно серьезной проблемой является патологическое развитие личности [2,с.19-22].

Профилактика по утере работоспособности и самообслуживания пациента включает в себя кучу различных факторов такие, как систематическое лечение основного заболевания или травмы, правильная экспертиза трудоспособности пациента и многие другие факторы. От реабилитации полностью зависит восстановление работоспособности и самообслуживания. Самая главная цель реабилитации это развитие оптимальных психических и физических функций организма пациента. Это значит, что нужно:

-вернуть пациенту его самостоятельность, чтобы он смог себя сам обслуживать в своих нуждах;

-попытаться вернуть пациента к его прошлой работе или хотя бы найти ему новую работу, которая соответствует его физическим возможностям;

Важную роль в профессиональных аспектах реабилитации также играет деятельность комитетов социального законодательства, здравоохранения и труда. Работа этих комиссий определяется не только существующими руководящими принципами, но и частыми субъективными представлениями о конкретных заболеваниях [9, стр. 125].

Физическая реабилитация – это самая главная часть реабилитации, так как именно она улучшает функциональное состояние, восстанавливает и улучшает физическую активность пациента. Физиотерапия, факторы спортивной подготовки пациента и природные факторы все это методы физической культуры. Физическая реабилитация рассматривается, как образовательное развитие, так как основными её средствами являются занятия спортом и выполнением различных упражнений, её качество зависит только, как методист освоил педагогические знания и навыки.

1.3. Роль медицинской сестры в реабилитации малоподвижного пациента

Основные принципы ухода за тяжелобольными и иммобилизованными пациентами:

- безопасность;
- конфиденциальность;
- общение;
- уважение чувства достоинства;
- независимость [3,с.62-70].

Профилактика развития гипотрофии мышц и контрактур суставов:

- использовать специальные устройства, чтобы стимулировать пациента двигаться и менять положение на кровати;

- учитывая биомеханику тела, менять положение тела пациента на кровати каждые 2 часа, устраняя провисание суставов;

- массаж;

- выполнять пассивные движения с пациентом в пределах суставов и постепенно переключаться на активные движения. Начинать с одной стороны верхнего сустава и спускаться вниз, после чего перейти на другую сторону. Не утомлять пациента, количеством упражнений.

Профилактика застоя в легких:

- ежедневное измерение температуры, оценка дыхания и общего состояния пациента;

- следить за свободным дыханием пациента через нос;

- нужно поддерживать в комнате оптимальную (комнатную) для пациента температуру, не забывать проветривать помещение и включать в палате кварц;

- напоминать пациенту про дыхательную гимнастику и смену положения;

- при отсутствии каких-либо противопоказаний у пациента, нужно применять вибрационный массаж грудной клетки;

- если надо, то применять дренажные положения для стимуляции выделения мокроты;

- научить пациента правильно кашлять.

Профилактика мочеполовых органов:

- выполнять измерение температуры тела, оценить общее состояние, исследовать мочу и собрать её для исследования;

- регулярно проводить гигиену наружных половых органов;

- следить за правильным питанием и адекватным потреблением воды (1,5 литра в сутки и более);

- регулярно менять памперсы, нижнее и постельное белье[4,с.38].

Профилактика нарушения сна:

- крепкий чай или кофе нужно будет исключить из рациона пациента перед сном, чтобы крепкие напитки не воздействовали на его организм;

- пациент должен соблюдать распорядок дня;
- если пациент нуждается в обезболивающем препарате, то нужно ему его предоставить, но только с разрешения врача;
- перед сном помочь пациенту, конечно, если он сам не в состоянии опорожнить кишечник и мочевой пузырь;
- в помещении должен быть свежий воздух, комнатная температура, тишина и приглушенный свет;
- положение пациента в кровати должно быть удобное и комфортное.

Особенности ухода за кожей тяжелобольного.

Уход за кожей обеспечивает:

- ее очистку;
- стимуляцию кровообращения;
- гигиенический и эмоциональный комфорт.

По мере загрязнения или не реже 1 раза в день должно меняться постельное и нательное белье пациента.

Не забывать умывать лицо пациента, не реже 2-х раз в день и протирать кожу не меньше 3-х раз в день.

Мыть пациенту ноги не реже 1 раза в 3 дня, помогать пациенту, принимать душ и мыть голову хотя бы 1 раз в неделю [15,с.53].

Сестринские вмешательства по профилактике пролежней:

- очень важно не забывать уменьшать давление на костные выступы пациента. Для этого нужно использовать матрасы противопролежневые, белье без грубых швов и пуговиц, менять загрязненное белье и расправлять на нем складки, стряхивать крошки. Что касается самого пациента, ни в коем случае не забывать менять положение пациента каждые два часа, подкладывать под костные выступы валики;

- нужно исключить трение кожи о ткань. Делается это такими способами, как правильное размещение пациентов в постели, правильно перемещать пациента, перекачивать и приподнимать, вовремя подставлять и убирать судно;

- следить за состоянием кожи, то есть, каждый день проводить осмотр кожи пациента, применять увлажняющий крем и использовать присыпку при потливости;

- проводить качественную гигиену за телом пациента. Для этого нужно обтирать кожу теплой водой с использованием мыла, использовать камфарный спирт и антисептики при протирании кожи и при недержании использовать памперсы или наружные мочеприёмники;

- обеспечить пациента правильным питанием и обильным питьем (не менее 1,5 л в сутки);

- обучить родственников ухаживать за пациентом.

Профилактика опрелостей состоит из:

- поддержания комнатной температуры и проветривания помещения;

- применение чистого и сухого постельного и нательного белья;

- регулярно подмывать пациента после мочеиспускания и дефекации

[12,с.52].

Профилактика нервной системы и психики.

Есть три стадии психотерапевтического эффекта медсестры на пациента:

1). Предварительный разговор с пациентом и подготовка его о предстоящем лечении.

2). Воздействие на пациента во время его лечения.

3). Беседа с пациентом в конце всего лечения.

План для выявления возможных проблем пациента:

- нужно интересоваться состоянием и ощущением пациента в ходе процедур;

- помогать пациенту, если он в ходе процедуры боится или ожидает боли и недоверие к медперсоналу;

- подготавливать пациента к процедуре морально и физически, ухаживать за кожей пациента, оценивать его состояние и многое другое;

- ожидать от пациента активное отношение к своему здоровью и готовность сотрудничать с медперсоналом.

Под руководством врача сестринский персонал(методисты ЛФК, массажисты, медсестры, сестры физиотерапии и прочие) принимает активное участие в реабилитации пациентов на всех этапах реабилитации.

ГЛАВА 2. ПРАКТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПРИ РЕАБИЛИТАЦИИ МАЛОМОБИЛЬНОГО ПАЦИЕНТА.

2.1. Статистические данные по распространенности маломобильных пациентов собранные на базе ОГБУЗ «Белгородская клиническая больница Святителя Иоасафа»

Для проведения анализа по выбранной проблеме были использованы статистические данные, собранные на базе ОГБУЗ «Белгородской областной клинической больницы Святителя Иоасафа».

Маломобильных пациентов в больнице на данный момент составило 608 человек. На таблице представлено сравнение количества инвалидности среди пациентов, их групп инвалидности и года, когда они были зарегистрированы в архивах больницы (Таблица 1) (График 1).

Таблица 1

Инвалидизация среди пациентов ОГБУЗ «Белгородской областной клинической больницы Святителя Иоасафа»

Год	Инвалидность среди пациентов			
	1 группа	2 группа	3 группа	Всего
2015	168	186	182	536
2016	172	194	174	540
2017	161	198	179	538
2018	185	216	207	608

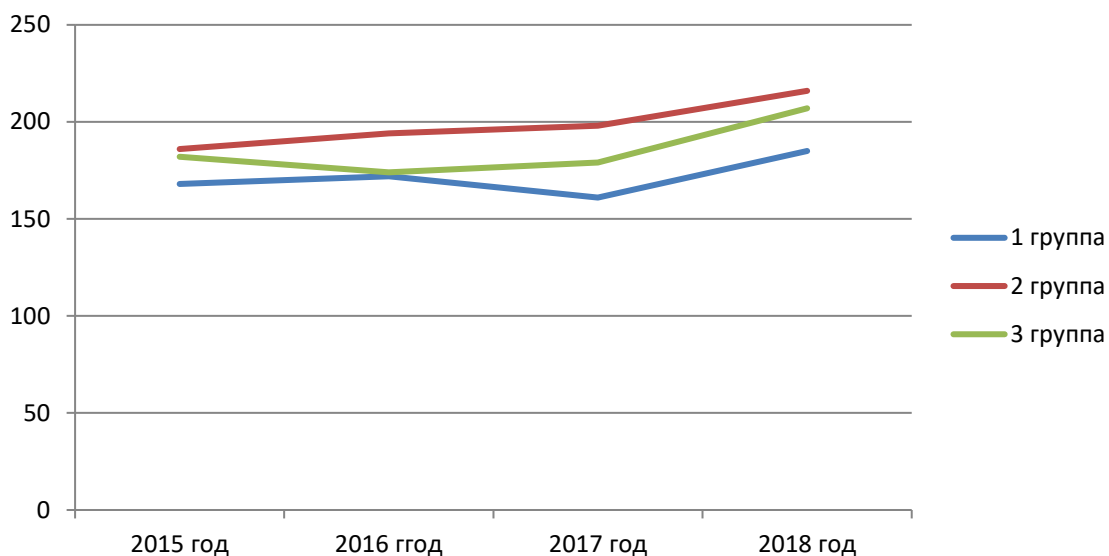


График. 1. Инвалидизация среди пациентов ОГБУЗ «Белгородской областной клинической больницы Святителя Иоасафа»

Из данных на таблице мы видим, что с 2015 года уровень инвалидности среди пациентов поднялся. В 2018 году поднялся уровень инвалидности на 70 случаев в отличие за 2017 год.

На диаграмме показано, пока что, нынешнее положение инвалидности среди пациентов на 2018 год в ОГБУЗ «Белгородской областной клинической больницы Святителя Иоасафа» (Рис.1).

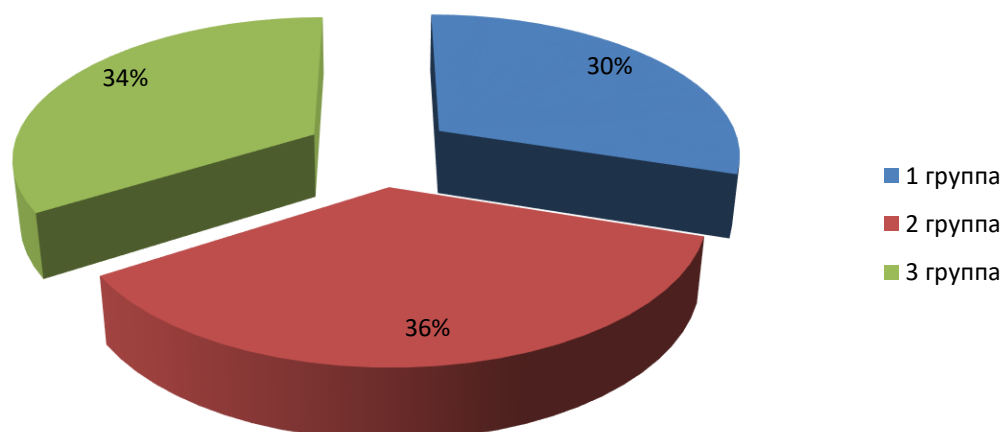


Рис.1. Инвалидизация среди пациентов на 2018 год по группам инвалидности

На диаграмме мы видим, что 206 человек (34%) с инвалидностью третьей группы, 182 человека (30%) с первой группой инвалидности и 220 человек (36%) со второй группой инвалидности.

В ходе опроса медицинского персонала, мы выявили основные причины возникновения инвалидности и малоподвижности пациентов на 2018 год. Больше всего - 316 человек (они составили 52%)-получили инвалидность из-за травм, среди которых многие из-за неудачных падений и неаккуратности самих пациентов. Из-за врождённых заболеваний 176 (29%) человек страдают инвалидностью, которые нарушают трудоспособность пациентов и их самообслуживание. И в конце стоят приобретённые заболевания, от которых страдают 92 (15%) человека и психические нарушения у 24 (4%) людей (Рис.2).

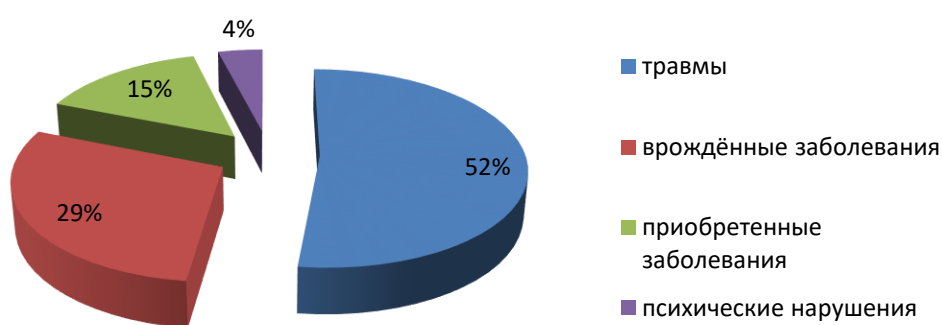


Рис.2. Причины возникновения малоподвижности и инвалидности

В основном, по статистическим данным, пациенты с малоподвижностью и инвалидностью больше мужчины, чем женщины. Их разница в количестве составляет такие цифры, как 340 мужчин и 268 женщин. Проценты этих людей предоставлены на диаграмме (Рис.3).

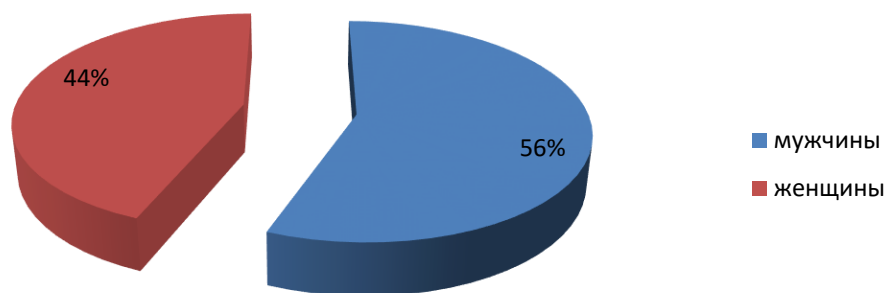


Рис.3. Распределение малоподвижности и инвалидности по полу

На диаграмме представлено распределение инвалидности, и малоподвижности по возрасту (Рис.4). Больше всего оказалось, что страдают от малоподвижности женщины и мужчины, их количество составило 401 человек, старше 60 лет, так как в это время человеческое тело становится более хрупким и уязвимым к различным травмам. На втором месте стоят 170 человек, которым от 31 года да 59 лет.

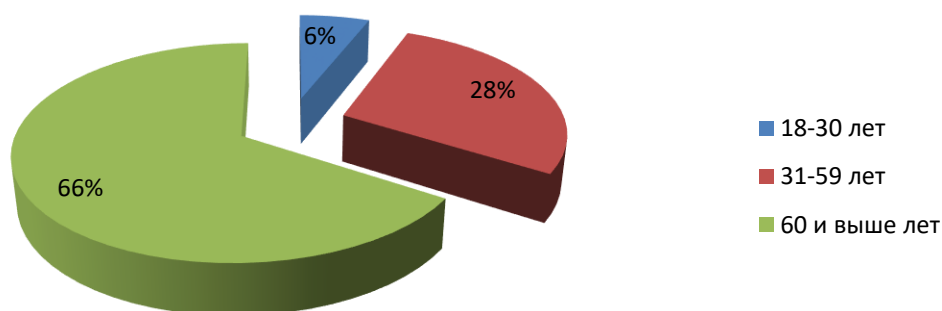


Рис.4 Распределение инвалидности и малоподвижности пациентов по возрасту.

Проанализировав статические данные, можно сделать следующие выводы:

- 1). Сравнив 2015 год и 2018, можно увидеть, что малоподвижность и инвалидность повышается.

2).Из всех случаев инвалидности и малоподвижности большинство составляют лица, которые получают малоподвижность от травм.

3). Большинство пациентов с малоподвижностью являются мужчины.

4).После 60 лет от малоподвижности страдают больше женщины, но и мужчины от них в этой статистике далеко не ушли.

2.2. Анализ анкетных данных, понятие пациентов и их родственников о реабилитации при маломобильности

С целью изучения представления пациентов и их родственников о малоподвижности была составлена анкета из 10 вопросов и проведен опрос на базе ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа» (Приложение 1). В анкетировании участвовали 20 респондентов – это малоподвижные пациенты и их родственники.

По итогам анкетирования сложилась следующая оценка того, что 45% опрошенных знают о малоподвижности понимают, что это такое. Немного понимают, что такое малоподвижность 25% опрошенных и 30% не знают ничего об этом (Рис. 5).

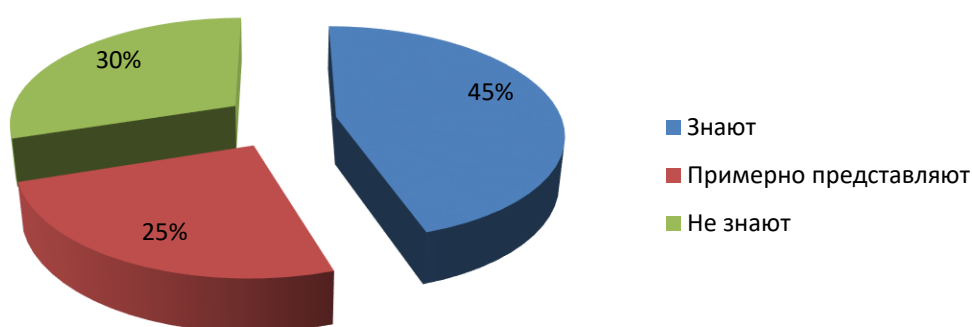


Рис.5. Уровень информированности о малоподвижности

Следуя этой диаграмме можно сделать вывод, что у большинства, опрошенных высокий уровень информированности о малоподвижности.

Следующий вопрос был о том, есть ли у их родственников проблемы с малоподвижностью. 45% опрошенных ответили, что «нет», 35% - «да» и 20% - «не знаю» (Рис. 6).

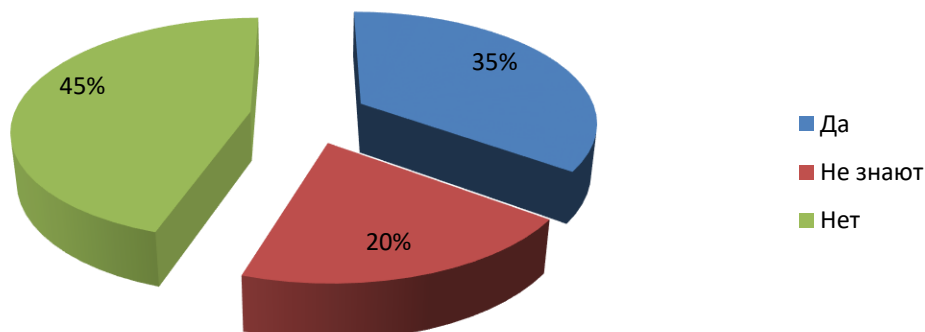


Рис.6. Наличие малоподвижности у родственников респондентов

По итогам следующего вопроса о наличии знаний по реабилитации сложилась следующая оценка, что: 25% опрошенных имеют достаточно знаний о реабилитации, 40% - понимают, что это такое и 35% не знают о реабилитации ничего (Рис. 7).

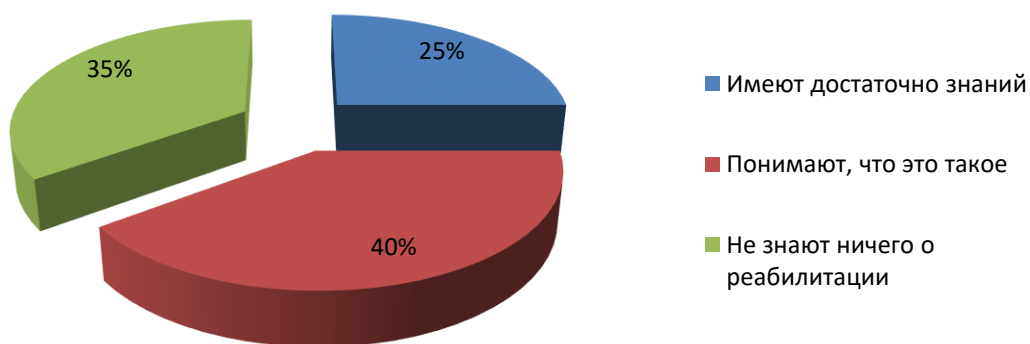


Рис.7. Уровень знаний о реабилитации

Нами было исследовано, из каких источников респонденты получают информацию о реабилитации и малоподвижности, где анализ данных показал, что 40% опрошенных получают информацию от медицинского персонала, 35%

из интернета, 15% от знакомых и только 10% из медицинских журналов и книг (Рис. 8).

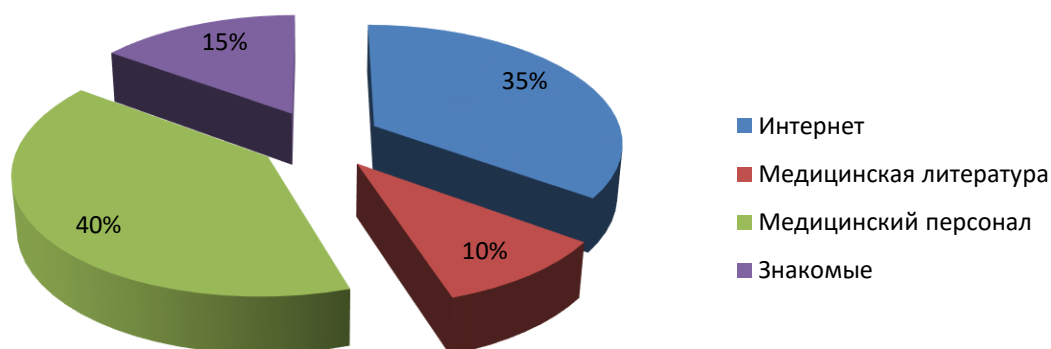


Рис.8. Источники информации о реабилитации и малоподвижности

Поняли ли респонденты после предоставления информации о реабилитации и маломобильности от медицинского персонала. 70% ответили «да», 20% - «Немного» и 10% - «нет» (Рис.9).

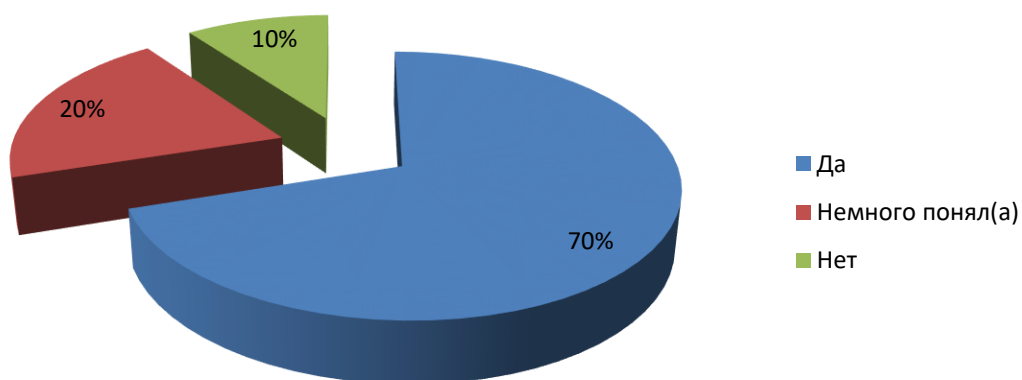


Рис.9. Достаточно ли доступная была информация о реабилитации и малоподвижности, которую предоставил медицинский работник

Таким образом, по итогам анкетирования, можем сделать выводы, что:

1). Многие респонденты знают и представляют хоть какое-то понятие о малоподвижности, но у опрашиваемых в большей части нет маломобильных родственников.

2). Информацию о реабилитации и малоподвижности опрашиваемые получали в основном от медицинского персонала и почти все поняли, что это такое.

2.3. Анализ деятельности медицинской сестры при малоподвижности пациентов.

С целью изучения профессиональной деятельности медицинской сестры был проведен опрос среди медсестер на базе ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа».

Была составлена анкета, которая заполнена методом опроса. Анкета состоит из 10 вопросов, предназначенных выявить действие медицинской сестры во время реабилитации пациентов (Приложение 2).

В анкетировании приняли участие 40 медсестер, которые ухаживали за пациентами, которые находились на строгом постельном и постельном режиме. По результатам анкетирования сложилась следующая оценка того, какие принципы используют медицинские сестры в реабилитации малоподвижных пациентов (Рис. 10).

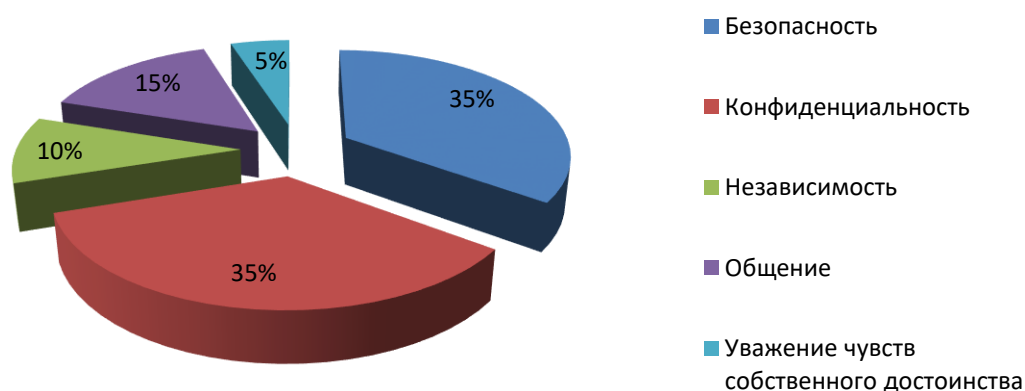


Рис.10. Принципы ухода за иммобилизованными пациентами

Из диаграммы следует, что 14 (35%) медсестер используют в основном такие принципы ухода за маломобильным пациентом, как безопасность и 14 (35%) медсестер конфиденциальность. Общаются с пациентами только 6 медсестер (в 15% случаях). Независимость пациентов стоит на третьем месте и составляет 10% всех респондентов – это 4 опрошенных. Уважают чувство собственного достоинства пациентов только 2 медсестры, что составляет 5% из всех опрошенных.

После чего последовали опросы о профилактике каких-либо возможных заболеваний у пациентов, и какие методы их предотвращения используют медицинские сестры. Первый вопрос был о профилактике контрактур суставов и гипотрофии мышц (Рис.11).

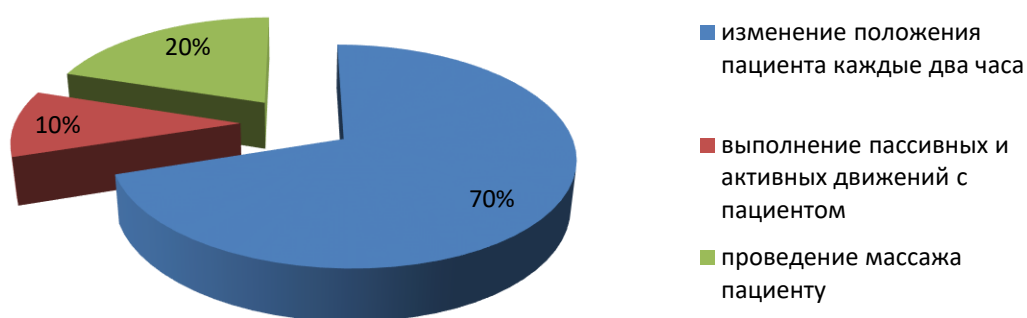


Рис.11. Используемые методы профилактики контрактур суставов и гипотрофии мышц

Используя диаграмму видно, что многие медицинские сестры (28 человек из 40) меняют положение маломобильного пациента каждые два часа. 20% (8 респондентов) медсестер проводят массаж пациентам и 10 % (4 человека) проводят с пациентом пассивные или активные движения.

У малоподвижных пациентов возможно появление нарушения дыхательных путей, например такие, как застои в легких, вследствие чего

может начать развиваться пневмония. Из-за этой проблемы мы решили включить вопрос о профилактике застойных явлений в легких (Рис.12).

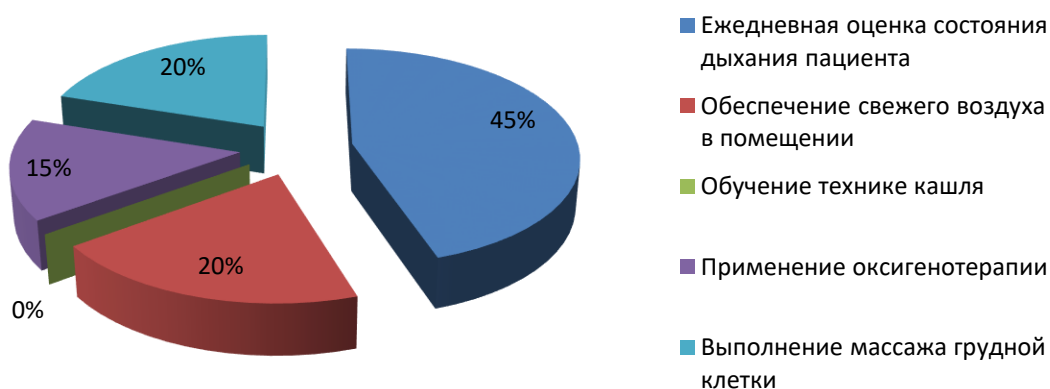


Рис.12. Профилактика застоев в легких

Мы видим на диаграмме, что 18 медсестер (45%) оценивают каждый день состояние дыхания малоподвижных пациентов, 8 (20%) выполняют вибрационный массаж грудной клетки. Проветривают помещения и следят за оптимальной температурой в помещениях 8 медсестер (20%). Проводят оксигенотерапию, но только по назначению врача 6 респондентов(15%). Но никто из медицинских сестер не обучает пациента правильной технике кашля.

У малоподвижных и тяжелобольных пациентов есть потенциальные проблемы со стороны мочевыделительной системы, такие как уроинфекция, образование конкрементов и прочие проблемы. В ходе опроса я выяснила, какие медсестры используют методы профилактики мочевыводительных путей (Рис.13).

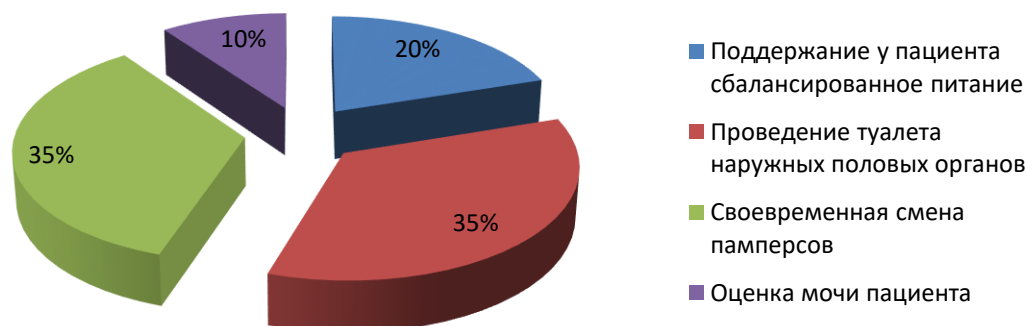


Рис.13. Профилактика мочевыводительных путей

На диаграмме видно, что 28 медицинских сестер (35%) в основном используют методы профилактики мочевыводительных путей такие, как своевременную смену памперсов у пациентов и регулярное проведение гигиены наружных половых органов (35%). На третьем месте стоит по опросу у 8 медсестер (20%) это-поддержание у пациента правильного питания и адекватное потребление воды. И только в конце 4 медсестры (10%) оценивают состояние (цвет, прозрачность, количество) мочи пациента.

Обычно пациенты испытывают бессонницу и малоподвижных пациентов эта проблема тоже стороной не обходит. Нарушение сна влечет за собой серьезные проблемы, поэтому я решила узнать, какую профилактику бессонницы проводят медсестры (Рис.14).

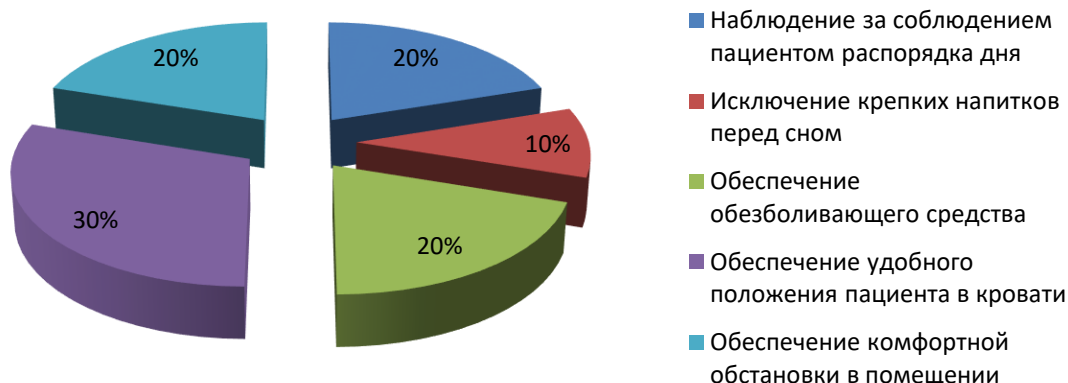


Рис.14. Профилактика нарушения сна

Из диаграммы мы видим, что 12 медицинских сестер (30%) в основном пытаются помочь пациентам принять удобное положение в кровати, чтобы ему было комфортно и никакие неровности и неудобные позы для сна не мешали спать. Стараются предоставить 8 (20%) медсестер перед сном пациентам обезболивающие препараты, но с разрешения врача, для более спокойного сна. Следят 8 респондентов (20%) за тем, чтобы пациент соблюдал правильный распорядок дня. Проветривают помещение перед сном, следят, чтобы воздух был комнатной температуры, чтобы была тишина и приглушенный свет в помещении, другими словами обеспечивают комфортную обстановку в помещении 8 медсестер (20%). И в конце стараются исключить, разными способами, крепкий чай или кофе перед сном пациента, чтобы крепкие напитки не воздействовали на его организм 4 респондента, что составляет 10% опрошенных медицинских сестер.

Медицинские сестры должны следить за кожей пациента, за ее чистотой и целостностью, но какие мероприятия они проводят? Для этого был вопрос про особенности ухода за кожей тяжелобольного пациента (Рис.15).

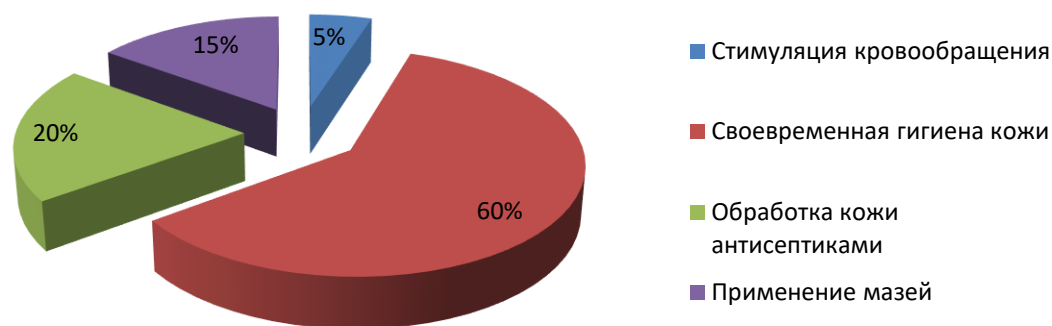


Рис.15. Особенности ухода за кожей малоподвижного пациента

Следуя, этой диаграмме 24 респондентов (60%) уделяют внимание гигиене кожи пациентов. 8 медсестер (20%) обрабатывают кожу антисептиками для профилактики пролежней и удаление омертвевшей ткани составляет. Используют 6 респондентов, что составляет 15% опрошенных медицинских сестер, мази для кожи пациентов, чтобы кожа не была сухой и не шелушилась. И всего лишь 2 медицинские сестры (5%) стимулируют кровообращение, массажем, кожи пациентов.

Существуют еще у медсестер различные особенности профилактики кожи пациентов, чтобы не было опрелостей или пролежней. Потому, что происходят часто у лежачих пациентов такие явления, как трение кожи о нательное или постельное белье, сдавливание тела пациента из-за его собственного веса, что в свою очередь плохо сказывается на коже (Рис.16).

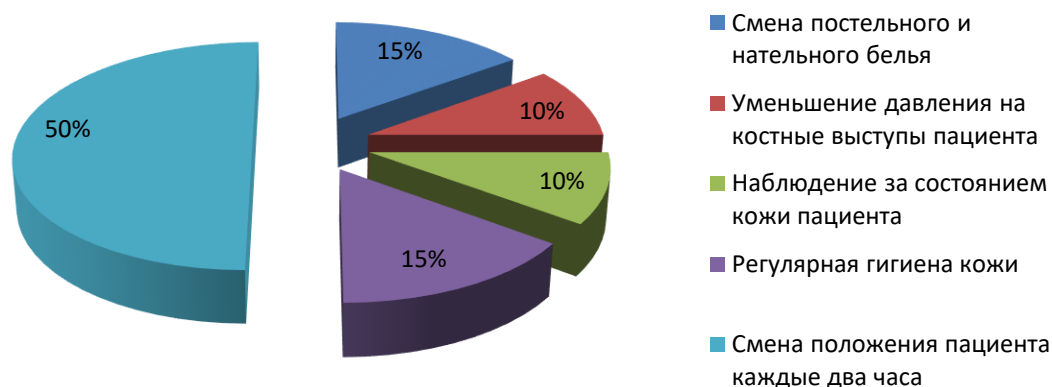


Рис.16. Профилактика пролежней

На диаграмме видно, что 20 медицинских сестер (50%) меняют положение пациента каждые два часа для предотвращения пролежней. Постельное и нательное белье меняют 6 респондентов. Обтирают кожу теплой водой, используют камфорный спирт и антисептики, своевременно меняют памперсы 6 медсестер (15%) это всё относится к регулярной гигиене кожи. И 8 медсестер следят за состоянием кожи пациента, за ее целостностью (10%) и уменьшают давление костных выступов пациентов (10%).

Еще бывает, что пациенты страдают от своего состояния психически. Из-за того, что пациенту не с кем поговорить, он не может быть спокойным из-за своей малоподвижности, что его самостоятельность в самообслуживании теряется. И мне было интересно узнать, что медицинские сестры делают, для предотвращения нарушения нервной системы (Рис. 17).

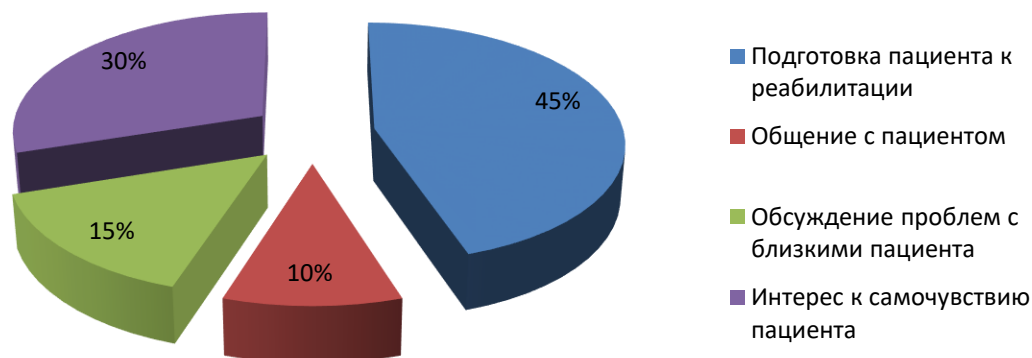


Рис.17. Профилактика заболеваний нервной системы

18 медицинских сестер (45%) стараются помочь пациенту подготовиться к реабилитации, настроить его на правильное лечение, объясняют и рассказывают ход процедур. 12 респондентов, составляющие 30% медицинских сестер, очень часто интересуются самочувствием пациента, стало ли ему лучше, появился ли какой-нибудь прогресс в его лечении. Общаются с родственниками и близкими пациентов 6 медсестер (15%), чтобы дать правильные указания как нужно обращаться с их малоподвижным родственником и как помочь ему адаптироваться. Но они очень мало просто так общаются с пациентами, кроме 4 медсестер (10%), так как пациентов и так не мало, еще есть много работы, которую они должны выполнить в течение рабочего дня.

Таким образом, по итогам анкетирования, можно сделать выводы:

- 1). Многие медицинские сестры используют в основном такие принципы ухода за маломобильным пациентом, как безопасность и конфиденциальность.
- 2). Для профилактики контрактур суставов, гипотрофии мышц и пролежней медсестры меняют положение маломобильного пациента каждые два часа.

3). Профилактика застоев лёгких в основном состоит из оценки медицинскими сестрами состояния дыхания пациентов.

4). Медицинские сестры в основном используют методы профилактики мочевыводительных путей такие, как своевременную смену памперсов у пациентов и регулярное проведение гигиены наружных половых органов.

5). В профилактике нарушения сна медицинские сестры в основном пытаются помочь пациентам принять удобное положение в кровати для удобства во время сна и спокойного приготовления к нему.

6). В особенности за уходом кожи пациента больше всего, уделяется внимание гигиене кожи маломобильных пациентов.

7). Медсестры стараются помочь пациенту подготовиться к реабилитации в профилактике нервной системы.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Изучив литературу по данной теме и проведя исследовательскую работу в ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа», мы провели опрос среди пациентов и их родственников, побеседовали с медицинским персоналом. Пришли к выводу, что малоподвижность пациента сильно нарушает возможность жить, передвигаться и ведет к нарушению общей патологической нервно - рефлекторной реакции организма и целостности функции поврежденного сегмента, обслуживать себя, работать. Изучили правильную профилактическую программу для малоподвижных пациентов.

Можем сделать вывод, что реабилитация - это техника лечебно-педагогических действий, направленных на предостережение и лечение патологических состояний, которые могут привести к стойкой, и к временной потере работоспособности.

Для достижения этой цели используются реабилитационные мероприятия, такие как массаж, лечебная физическая культура, трудотерапия, психотерапия и многие другие восстановительные методы лечения. Но больше всего в реабилитации главную роль играет физическое воздействие на пациента.

Медицинской сестре помогут осуществить адекватный уход знания всех этапов сестринского процесса.

Мы выяснили, что сестринский уход при малоподвижности состоит вначале из оценки физических возможностей пациента к самостоятельному передвижению и самостоятельному выполнению нужд и возможности контактировать с обществом. Главным, при сестринском уходе за малоподвижными пациентами, является: подготовку пациента к реабилитации (лечебная физическая культура, массаж, физиопроцедуры, активные или пассивные движения).

Контроль распорядка дня, который включает в себя: контроль правильного питания и потребления жидкости; своевременная гигиена

(проведение туалета наружных половых органов, смена памперсов по мере загрязнения). Обеспечение удобного положения пациента в постели (смена нательного и постельного белья). Применение пациентами различных реабилитационных средств (костыли, инвалидная коляска, трость). Контроль помещения (свежий воздух комнатной температуры и уборка), в котором находится пациент. Ежедневная оценка состояния дыхания; применение антисептиков, мазей и присыпок для кожи; изменение положения каждые два часа; проведение бесед с пациентом; обучение пациента и его родственников в обращении и ежедневном уходе.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ

1. Епифанов В.А., Сестринская помощь при патологии опорно-двигательного аппарата [Электронный ресурс] / В.А. Епифанов, А.В. Епифанов - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015.1,с.21
- 2.Савченко, Т. И.Организационные основы медицинской реабилитации [Текст] / Т. И. Савченко// Главный врач. -2015. -№ 3. – с.19-22.
- 3.Гулова, С.А. Медицинская сестра: Практическое руководство по сестринскому делу [Текст] / С.А. Гулова, Т.Ф. Казакова, И.Е. Галахова. – М.: ПРОФИ-ИНФОРМ, 2016. – с.62-70
4. Организация сестринской деятельности: учебное пособие для медицинских училищ и колледжей, для студентов среднего профессионального образования по специальности 060501 «Сестринское дело», а также программы высшего профессионального образования по специальности 060500 «Сестринское дело» и дополнительного профессионального образования [Текст]/ [Двойников С. И. и др.]; под ред. С. И. Двойникова. – М.: ГЭОТАР-Медиа , 2018. – с.38
- 5.Карандашев В.И., Петухов Е.Б., Зродников В.С. Физиотерапия. Руководство для врачей «Под редакцией В.Р. Палеева». - М, 2018, с.32
6. Родионова, О.Н. Артрит. Лучшие методы восстановления и профилактики [Текст]: [методы избавления от боли, восстановление подвижности, лечебная гимнастика, диета, физиотерапия] / [Родионова О. Н.]. – СПб.: Вектор, 2015. - 157, с.20
7. Епифанов А.В., Медицинская реабилитация [Электронный ресурс] / Епифанов А. В., АчкасовЕ. Е., Епифанов В. А. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - ISBN 978-5-9704-3248-8 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970432488.html>. с.24
8. Швырев А. А., Словарь медицинских и общемедицинских терминов [Электронный ресурс] / Швырев А. А. - Изд. 4-е, стер. - Ростов н/Д : Феникс, 2016. - (Медицина).с.30

9. Пономаренко Г.Н., Реабилитация инвалидов : национальное руководство [Электронный ресурс] / под ред. Г. Н. Пономаренко - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018.с.125

10. Смолева Э.В., Сестринское дело в терапии с курсом первичной медицинской помощи [Электронный ресурс] / Смолева Э.В. - Ростов н/Д : Феникс, 2016. - (Среднее профессиональное образование). С.15

11. Двойников С.И., Проведение профилактических мероприятий [Электронный ресурс] : учеб. пособие / С. И. Двойников [и др.] ; под ред. С. И. Двойникова. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - ISBN 978-5-9704-3753-7 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970437537.html>, с.241

12. Корягина Н.Ю., Организация специализированного сестринского ухода [Электронный ресурс] : учеб. пособие / Н. Ю. Корягина и др.; под ред. З. Е. Сопиной. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015.с.52

13. Кузнецов Н.А., Уход за хирургическими больными / Кузнецов Н.А., Бронтвейн А.Т. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015.с.45

14. Сединкина Р.Г., Сестринская помощь при заболеваниях мочевыводящей системы [Электронный ресурс] : учебное пособие / Сединкина Р.Г. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017.с.45

15. Булатов С.А., Практические умения палатной медицинской сестры [Электронный ресурс] / Булатов С.А., Горбунов В., Ахмадеев Н. - Казань : Казанский ГМУ, 2016 с.53

ПРИЛОЖЕНИЯ

АНКЕТА

«Оценка уровня информированности пациентов и их родственников в вопросах о маломобильности и реабилитации»

Заполняя анкету (анонимно), внимательно ознакомьтесь с формулировкой вопросов и обведите или подчеркните вариант ответа, наиболее полно отражающий Вашу точку зрения.

Ваше мнение особенно ценно, так как полученная в ходе исследования информация позволит выявить уровень ваших знаний выше поставленной темы. Возможны вопросы, которые не относятся к Вам, можете их пропустить. Перед пятым вопросом медицинский персонал даст Вам информацию о малоподвижности и реабилитации, Ваша задача только прослушать её и постараться понять данную лекцию. Заранее благодарим Вас за сотрудничество!

1. Ваш пол?

А) Мужской

Б) Женский

2. Ваш возраст _____

3. Знаете ли Вы, что такое малоподвижность?

А) Да

Б) Примерно представляю

В) Нет

4. Есть ли у Ваших родственников данное заболевание?

А) Да

Б) Нет

В) Не знаю

5. Имеете ли Вы знания о реабилитации?

А) Имею достаточно знаний

Б) Понимаю, что это такое

В) Не знаю ничего о реабилитации

6. Если Вы знаете о реабилитации и малоподвижности, то из каких источников?

А) Интернет

Б) Медицинская литература

В) Медицинский персонал

Г) Знакомые

7. Понятны ли Вам были объяснение медицинского персонала о реабилитации и малоподвижности?

А) Да

Б) Немного понял (а)

В) Нет

8. Ваш социальный статус?

А) Студент

Б) Безработный

В) Рабочий

Г) Пенсионер

9. Удовлетворены ли Вы работой медсестер в отделении?

А) Удовлетворен

Б) Не вполне удовлетворен

В) Не удовлетворен

10. Оцените качество работы медицинских сестер:

А) Хорошее

Б) Удовлетворительное

В) Неудовлетворительное

АНКЕТА

Просим Вас ответить на восемь вопросов. Внимательно прочитайте каждый вопрос, и отметьте те, которые подходят Вам.

Информация, которую Вы сообщите, является конфиденциальной и не будет использована без Вашего согласия. Заранее благодарим Вас за сотрудничество!

1. Ваш возраст?

- А) от 20 до 30
- Б) от 30 до 50
- В) от 50 и выше

2. Какие принципы ухода за иммобилизованными пациентами Вы применяете?

- А) Безопасность
- Б) Конфиденциальность
- В) Независимость
- Г) Общение
- Д) Уважение собственного достоинства

3. Какие методы профилактики контрактур суставов и гипотрофии мышц Вы используете?

- А) Изменение положение малоподвижного пациента каждые два часа
- Б) Выполнение пассивных и активных движений с пациентом
- В) Проведение массажа

4. Какие методы профилактики застоя в легких Вы используете?

- А) Ежедневная оценка состояния дыхания пациента
- Б) Обеспечение свежего воздуха в помещении
- В) Применение оксигенотерапии
- Г) Выполнение массажа грудной клетки пациенту

5. Какие методы профилактики мочевыводительных путей Вы применяете?

А) Поддержание у пациента сбалансированного питания и принятия жидкости

Б) Проведение туалета наружных половых органов

В) Своевременная смена памперсов пациенту

Г) Оценка мочи пациента

6. Какие методы профилактики нарушения сна Вы используете?

А) Наблюдение за соблюдением пациентом распорядка дня

Б) Исключение крепкого чая и кофе перед сном

В) Обеспечение удобного положения пациента в кровати

Г) Обеспечение обезболивающего средства

Д) Обеспечение комфортной обстановки в помещении

7. Какие особенности ухода за кожей Вы применяете?

А) Стимуляция кровообращения пациента

Б) Своевременная гигиена кожи

В) Обработка кожи антисептиками

Г) Применение мазей (присыпок)

8. Какие методы профилактики пролежней Вы применяете?

А) Смена постельного и нательного белья

Б) Уменьшение давления на костные выступы пациента

В) Наблюдение за состоянием кожи пациента

Г) Регулярная гигиена кожи

Д) Смена положения пациента каждые два часа

9. Какие методы профилактики нервной системы Вы используете?

А) Подготовка пациента к реабилитации

Б) Общение с пациентом

В) Обсуждение проблем с близкими маломобильного пациента

Г) Интерес к самочувствию пациента

10. Всегда ли Вы соблюдаете принципы этики и деонтологии в своей профессиональной деятельности?

А) Да

Б) Нет

11. Довольны ли Вы своей профессией?

А) Да

Б) Нет

12. Часто ли Вы подвергаетесь стрессам во время работы?

А) Да

Б) Нет