

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

МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ  
МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ

**ЦМК сестринского дела**

**ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПРИ  
ИНФАРКТЕ МИОКАРДА**

**Дипломная работа студента**

**очной формы обучения  
специальности 34.02.01 Сестринское дело  
4 курса группы 03051506  
Нейберт Сергея Владимировича**

Научный руководитель  
Преподаватель Усачева О.В.

Рецензент  
Врач общей практики (семейный врач)  
ОГБУЗ «Краснояружской ЦРБ» Турова  
Т.А.

**БЕЛГОРОД 2019**

## ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	3
1.1.    Этиология, патогенез и клиника инфаркта миокарда .....	6
1.2.    Лечение и неотложная помощь при инфаркте миокарда .....	9
1.3.    Особенности сестринского ухода.....	13
ГЛАВА 2. ПРАКТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПРИ УХОДЕ ЗА ПАЦИЕНТАМИ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА .....	19
2.1.    Анализ статистических данных.....	19
2.2.    Исследование деятельности медицинской сестры в уходе при инфаркте миокарда.....	21
ЗАКЛЮЧЕНИЕ .....	36
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ.....	38
ПРИЛОЖЕНИЕ .....	41

## ВВЕДЕНИЕ

**Актуальность.** В настоящее время инфаркт миокарда – это ведущая причина смертности не только в России, но и во всём мире. Как форма ишемической болезни сердца, инфаркт миокарда считается одной из главных кардиологических проблем, с которой сталкиваются в современном обществе. Летальность в первые часы от начала приступа составляет от 30% до 50%. От повторных инфарктов и различных осложнений около 25% пациентов погибают в течение года. Наличие такого диагноза, в разы сокращает продолжительность жизни.

Частота заболевания по статистике, составляет около 500 человек на 100000 населения в год. Мужчины подвержены инфаркту в 5 раз чаще женщин. Инфаркт миокарда стремительно «молодеет» и становится актуальным для людей моложе 30 лет, а не только после 50-60 лет, как считалось несколько десятков лет назад. Так же в литературе описаны несколько сотен случаев редких неонатальных инфарктов, причинами которых являются окклюзия коронарной артерии тромбом и гипоперфузия одного из желудочков [3, с.12].

В последние годы смертность несколько снижается, возможно, благодаря ранее начатой терапии, но, несмотря на это, в СНГ и большинстве европейских стран она по-прежнему занимает первое место. Усугубляет это положение, наличие отрицательно влияющих факторов риска, а именно таких как употребление табака и алкоголя, нездоровое питание, ожирение и отсутствие физической активности.

Большая распространенность инфаркта миокарда в Российской Федерации в частности среди лиц трудоспособного возраста и недостаточный контроль состояния здоровья, определяют высокий риск осложнений, что говорит о важной медико-социальной проблеме заболевания. Проблема состоит в том, что на сегодняшний день вероятность заболевания инфарктом миокарда находится на высоком уровне, а тенденции

к снижению в России не наблюдается. Кроме того, слабо показана роль среднего медицинского персонала в уходе за пациентами, перенесшими инфаркт миокарда. Так же глобальность проблемы инфаркта миокарда обосновывается и социально-экономическими последствиями. Так, по данным РосСтата, общие затраты системы здравоохранения Российской Федерации на лечение инфаркта миокарда и выплату пособий по инвалидности составили около 76,2 миллиардов рублей. Подводя итог, следует отметить, что инфаркт миокарда является одной из причин смертности и инвалидности, что требует от медицинского персонала определенных знаний и навыков при сердечно – сосудистых заболеваниях [14, с.35].

Исходя из актуальности нами была выбрана **тема дипломной работы:** «Профессиональная деятельность медицинской сестры при инфаркте миокарда».

**Цель исследования:** на основании проведенных исследований выявить проблемы ухода для оптимизации деятельности медицинских сестер при инфаркте миокарда.

**Объект исследования:** пациенты, находящиеся на стационарном лечении в терапевтическом отделении ОГБУЗ «Красноярской ЦРБ».

**Предмет исследования:** профессиональная деятельность медицинской сестры по уходу за пациентами, перенесшими инфаркт миокарда.

В ходе проведенного исследования были сформированы следующие **задачи:**

- 1) изучить теоретические аспекты деятельности медицинской сестры при инфаркте миокарда;
- 2) изучить деятельность медицинской сестры при уходе за пациентами с инфарктом миокарда;
- 3) выявить закономерность между деятельностью медицинской сестры и качеством жизни пациентов;
- 4) выявить особенности ухода в каждом периоде при инфаркте

миокарда;

5) проанализировать роль медицинской сестры при инфаркте миокарда;

6) оценить эффективность деятельности медицинской сестры при инфаркте миокарда.

В соответствии с намеченной целью и задачами исследования были определены следующие **методы исследования:**

1) научно-теоретический анализ медицинской литературы по данной теме;

2) статистический;

3) социологический;

4) графический;

5) эмпирический;

6) математический;

7) организационный;

8) метод обработки и интерпретации данных.

**База исследования:** ОГБУЗ «Краснояржская ЦРБ».

**Теоретическая значимость** исследования заключается в том, что в нем проведен анализ профессиональной деятельности медицинских сестер по уходу за пациентами, перенесшими инфаркт миокарда.

**Практическая значимость** исследования заключается в разработке рекомендаций медицинским сестрам по вопросу ухода за пациентами, перенесшими инфаркт миокарда.

**Научная новизна** заключается в том, что впервые на базе ОГБУЗ «Краснояржская ЦРБ» проводится анализ деятельности медицинской сестры при инфаркте миокарда.

**Структура работы:** введение, 2 главы (теоретическая и практическая), 20 диаграмм, заключение, выводы, рекомендации, список использованных источников и литературы, приложение.

**Время исследования:** апрель-май 2019 г.

# ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА

## 1.1. Этиология, патогенез и клиника инфаркта миокарда

Инфаркт миокарда – одна из клинических форм ишемической болезни сердца, при которой в результате необратимой ишемии участка миокарда развивается некроз. При инфаркте миокарда обычно происходит полное или частично резкое уменьшение притока крови к миокарду из-за окклюзии атеросклеротическими бляшками и тромбами в просвете венечных сосудов, а также в результате их спазма [21, с.24].

Существует много критериев, по которым осуществляется классификация инфаркта миокарда, но основными вариантами классификации являются следующие:

- 1) По клиническому течению:
  - острейший период (до 2 часов от начала);
  - острый период (до 10 дней от начала);
  - подострый период (с 10 дня до 4-8 недель);
  - период рубцевания (с 4-8 недели до 6 месяцев).
- 2) По кратности развития:
  - первичный;
  - рецидивирующий (до двух месяцев после первичного);
  - повторный (через два и более месяца после первичного).
- 3) По локализации болевого синдрома:
  - типичная форма (боли за грудиной);
  - атипичные формы (абдоминальная, астматическая, аритмическая, церебральная, безболевая) [13, с.73].

У 90% больных в развитии инфаркта миокарда главной причиной выступает атеросклероз коронарных артерий, то есть процесс, при котором в

стенках артерий откладываются жиры (холестерин и другие), в том случае, если имеется их переизбыток. Места, где присутствует большое количество липидных скоплений, называют атеросклеротическими бляшками. Под действием различных факторов (физическая нагрузка, спазм, гипертонический криз) происходит надрыв нестабильной бляшки, а на месте эрозии скапливаются тромбоциты и активизируется свертывание крови, что приводит к закупорке коронарной артерии тромбом, который увеличивается до тех пор пока не закроет весь просвет артерии. Если кровоток в бассейне тромбированной артерии не восстанавливается, то развивается некроз соответствующего участка миокарда.

Помимо атеросклероза причиной инфаркта миокарда могут быть и другие патологические процессы:

- 1) эмболия коронарной артерии;
- 2) спазм коронарных артерий;
- 3) артерииты [8, с.57].

Инфаркт миокарда развивается под воздействием таких факторов риска, как наследственная предрасположенность, ожирение, гиподинамия, возраст, нерегулярное и несбалансированное питание, мужской пол, прием алкоголя и наркотиков, курение и другие. Артериальная гипертензия, сахарный диабет и гиперхолестеринемия имеют главное этиологическое значение. Менее распространенными причинами, приводящими к нарушению кровотока по артериям сердца, являются: врожденные аномалии, деформации коронарных артерий, травмы, повышенная свертываемость крови, новообразования, тиреотоксикоз и другие [5, с.139].

Таким образом, можно сказать, что главная причина патологии – атеросклероз коронарных артерий, но исключительную опасность представляет сочетание факторов риска с различными обстоятельствами, способствующими развитию инфаркта миокарда, к которым относят: внезапные психоэмоциональные стрессы, тяжелые физические нагрузки, контрастные перепады температуры окружающей среды, обильный прием

пищи или резкая смена положения тела [18, с.235].

Клиника инфаркта миокарда зависит от его периода. Каждый период заболевания характеризуется определенной симптоматикой, течением и осложнениями. В МКБ-10 выделено пять периодов болезни: прединфарктный, острейший, острый, подострый, постинфарктный.

Появление симптомов-предвестников характерно для прединфарктного периода, но зачастую они отсутствуют и болезнь может начаться сразу с острейшего периода. Достоверными предвестниками являются: цианоз губ и ногтей, аритмии, гиперестезия кожи грудной клетки, боли и дискомфорт за грудиной, беспричинная тревожность [16, с.173].

Боль – главный симптом острейшего периода, длящегося до 2 часов. Режущие и давящие ангиозные боли носят приступообразный характер, а проявляются они возбуждением или заторможенностью. Боли имеют затяжной характер и длятся в течение часа и более суток. Чаще боли сосредоточены за грудиной или несколько левее. При инфаркте миокарда характерно иррадиирование болей в левую руку, шею, нижнюю челюсть и межлопаточное пространство. Так же наблюдаются: холодный проливной пот, одышка, страх смерти, усиленное сердцебиение, слабость и кашель. Подъем артериального давления и последующее его резкое падение говорит о развитии кардиогенного шока. Жесткое дыхание и влажные хрипы предшествуют отеку легких [7, с.391].

Исчезновением болей характеризуется острая стадия инфаркта миокарда, продолжающаяся до 10 дней. Окончательно формируется очаг некроза. Характерен выраженный интоксикационный синдром. Пациенты предъявляют жалобы на повышение температуры тела до 38°C, снижение артериального давления, нарушения сердечного ритма, одышку, головные боли, тошноту. Подострому периоду свойственны начальные процессы организации рубца с замещением некротических тканей. Длительность периода до 2 месяцев. Артериальное давление, пульс, температура и показатели крови чаще нормализуются. Постинфарктный период



продолжается около 6 месяцев. Как правило симптомы сердечной недостаточности спадают, а общее состояние в этот период нормализуется [4, с.407].

Помимо типичных симптомов, для инфаркта миокарда присущи и атипичные формы, которые протекают в острейшем периоде. Выделяют следующие формы:

- 1) Абдоминальная форма (тошнота, рвота, икота, боли в животе, отрыжка, вздутие живота, диарея);
- 2) Астматическая форма (удушье, вынужденное положение (ортопноэ), одышка, нарастающий цианоз, влажный кашель и хрипы, слышимые на расстоянии);
- 3) Аритмическая форма (нарушения ритма – аритмии);
- 4) Церебральная форма (головокружение, шум в ушах, тошнота, потемнение в глазах, обморок, общая слабость);
- 5) Отечная форма (нарушение сердцебиения, приступы одышки, мышечная слабость, головокружение, сердечные отеки);
- 6) Коллаптоидная форма (потеря сознания, потемнение в глазах, головокружение, потоотделение, слабость, частый пульс);
- 7) Стертая форма (легкий дискомфорт в груди, кратковременные слабость и потоотделение) [20, с.327].

Нарушения работы сердца, затруднение в перекачивании крови и активация системы свертывания крови являются причинами осложнений, к которым относятся: нарушения ритма сердца, сердечная недостаточность, кардиогенный шок, разрыв сердца, перикардит, плеврит, пневмонит, поражения почек, тромбоэмболические осложнения и другие [17, с.162].

## **1.2. Лечение и неотложная помощь при инфаркте миокарда**

Госпитализация пациентов с подозрением на инфаркт миокарда производится в кратчайшие сроки в специализированные отделения

интенсивной кардиологии. Больного транспортируют на каталке или носилках в той же одежде с приподнятым головным и опущенным ножным концом. Перед транспортировкой необходимо обязательно купировать болевой синдром [10, с.248].

Алгоритм оказания неотложной медицинской помощи:

- 1) создание физического и эмоционального покоя;
- 2) внутривенно капельно вводится 10 мл 0,01% раствора перлинганита;
- 3) внутривенно струйно 2-4 мл 50% анальгина или трамала;
- 4) при тяжелом болевом синдроме внутривенно дробно морфин в дозе 2-5 мг подкожно;
- 5) для восстановления кровотока внутривенно струйно гепарин в дозе 10000-15000 ЕД;
- 6) ввести внутривенно 1500000 ЕД стрептокиназы;
- 7) нейролептаналгезия – внутривенное введение раствора 2 мл фентанила и 4 мл дроперидола;
- 8) при угнетении дыхания подкожно 2 мл кордиамина;
- 9) при желудочковых экстрасистолиях внутривенно медленно 0,5 мг/кг раствора лидокаина;
- 10) оксигенотерапия со скоростью 4-6 л/мин;
- 11) при брадикардии внутривенно 1 мл 0,1% раствора атропина;
- 12) непрерывная электрокардиография;
- 13) госпитализация на носилках в специализированное отделение [1, с.58].

Стационарное лечение направлено на полное восстановление коронарного кровотока, уменьшение зоны некроза, предупреждение повторного инфаркта, периодическое снятие болей и профилактику осложнений.

Сразу после госпитализации пациенту назначается строгий постельный режим и определяется минимум диагностических исследований

необходимых для подтверждения диагноза и осуществления лечебных мероприятий. Обследование включает электрокардиографию, эхокардиографию, сцинтиграфию, коронарографию, магнитно-резонансную томографию, определение биохимических маркеров некроза – тропонинов, биохимический анализ крови, общий анализ мочи и крови [6, с.251].

При лечении заболевания применяют как немедикаментозные, так и медикаментозные методы лечения. К ним относят антиагрегантную, антикоагулянтную и тромболитическую терапию, обезболивание, кислородотерапию, прием органических нитратов, бета-блокаторов, статинов, ингибиторов ангиотензинпревращающих ферментов и альфа-адреномиметиков.

В случае, если причиной инфаркта явился тромб, то прибегают к тромболитической терапии для растворения тромба и восстановления нормального кровотока. Этот метод не допускает распространения зоны некроза и предупреждает серьезные осложнения. Чаще всего применяют стрептокиназу в дозе 1,5 млн. ЕД, вводимую внутривенно медленно в течение часа. Реже используют урокиназу, алтеплазу, ретеплазу. Наилучший эффект наблюдается при введении препаратов в первый час после начала приступа [5, с.381].

На раннем этапе применяют антикоагулянты и антиагреганты. Назначение антикоагулянтов обусловлено усилением эффекта тромболитической терапии и профилактики осложнений. Такими средствами являются гепарин, далтепарин, надропарин и другие. Для профилактики образования тромбов с 3-го дня больным показан прием антиагрегантов. Предпочтение отдают ацетилсалициловой кислоте.

Обязательным компонентом лечения для снижения нагрузки на сердце и уменьшения потребности миокарда в кислороде является прием бета-адреноблокаторов (атенолол, метопролол, пропранолол, бисопролол и другие).

В первые дни заболевания необходимы кислородные ингаляции с

помощью носового катетера или маски. Подача кислорода осуществляется со скоростью 2-8 л/мин. Кислородотерапия показана при выраженной артериальной гипоксии, сохраняющейся длительное время [13, с.237].

После перенесенного инфаркта миокарда у большинства пациентов наблюдается сердечная недостаточность. Для этого начинают лечение ингибиторами ангиотензинпревращающего фермента. Могут применяться следующие ингибиторы: эналаприл, лизиноприл, каптоприл, фозинаприл и другие.

В раннем периоде заболевания, если причиной инфаркта послужил атеросклероз, то рекомендована терапия статинами – гиполипидемическими препаратами для снижения уровня липопротеидов низкой плотности. Терапия такими препаратами как аторвастатин, розувастатин, симвастатин, правастатин, значительно замедляет прогрессирование атеросклероза [5, с.383].

Помимо консервативного лечения по особым показаниям проводятся различные хирургические операции и манипуляции для лечения инфаркта миокарда и его осложнений, к ним относят стентирование и шунтирование.

Проводится физическая реабилитация, которая включает комплексные упражнения ЛФК, массаж и физиотерапию. Назначается профилактическая медикаментозная терапия, которая включает в себя прием антикоагулянтов, антиагрегантов, бета-блокаторов, антагонистов кальция, нитратов, ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента, диуретиков, витаминов и гиполипидемических препаратов [6, с. 274].

Уход медицинской сестры важен так же, как и участие врача. Общей целью является скорейшее выздоровление пациента, что возможно благодаря их совместной деятельности. На основе назначений врача, медицинская сестра составляет план сестринских вмешательств. Она выявляет любые изменения и ставит врача в известность, таким образом корректируется лечение и уход. Поэтому взаимосвязь врача и медицинской сестры в уходе трудно переоценить [2, с.173].

### 1.3. Особенности сестринского ухода

Большинство неотложных состояний в кардиологии вызывают определенные трудности в терапии и диагностике. Зачастую, в отсутствие врача, именно медицинская сестра, с первых часов начинает оказывать экстренную помощь. При субъективном и объективном обследовании она своевременно выявляет различные изменения в состоянии пациента, что крайне важно при инфаркте миокарда [14, с.385].

Исход помощи зависит от правильной тактики медицинской сестры, обязанностью которой является сохранение жизни и профилактика жизнеугрожающих осложнений, что достижимо благодаря ее профессионализму. При оказании первой доврачебной помощи медицинская сестра должна знать алгоритм оказания помощи и механизм действия определенных лекарств и процедур. До прибытия врача она осуществляет независимые сестринские вмешательства и готовит все необходимое для выполнения указаний врача [9, с.217].

Алгоритм первой доврачебной помощи:

- 1) уложить пациента с приподнятым изголовьем, сняв стесняющую одежду и обеспечив приток свежего воздуха;
- 2) обеспечить полный физический и психический покой;
- 3) дать 1-2 таблетки нитроглицерина и при необходимости повторить 3 раза с интервалом в 5-10 минут;
- 4) дать разжевать 0,25 г ацетилсалициловой кислоты;
- 5) дать 30-40 капель корвалола или валокордина;
- 6) приложить грелки к ногам и горчичники на область грудины;
- 7) дать увлажненный кислород;
- 8) вести контроль гемодинамических показателей – артериальное давление, частота сердечных сокращений, частота дыхательных движений;
- 9) зарегистрировать ЭКГ при возможности;
- 10) при необходимости провести базовую сердечно-легочную

реанимацию [1, с.60].

Большую роль в течении инфаркта миокарда играет режим двигательной активности, который назначается врачом в зависимости от периода заболевания. Медицинская сестра контролирует соблюдение режима, так как физическая нагрузка может вызвать различные осложнения. В острейший период показан строгий постельный режим, то есть пациенту запрещаются самостоятельные перемещения в постели, но с помощью медицинской сестры разрешены повороты на бок, пользование судном, умывание лежа, движения конечностями, нахождение в приподнятом положении. В последующий острый период пациента переводят на постельный режим, при котором допустимо недлительное сидение на постели, свесив ноги, умывание с чисткой зубов, бритье и проведение лечебной гимнастики. Позже, в подостром периоде, по состоянию рекомендуют полупостельный или палатный режим. Разрешена ходьба по палате, самостоятельный прием пищи, выход в коридор, пользование туалетом, а уход осуществляется самостоятельно или с помощью медицинской сестры. И, наконец, в период рубцевания пациента переводят на общий режим, который включает прогулки по коридору и больничной территории, подъем по лестнице, самообслуживание, принятие душа [14, с.412].

При планировании сестринских вмешательств медицинская сестра в первую очередь должна определить проблемы пациента, то есть выявить приоритетный сестринский диагноз. Самыми частыми диагнозами являются: боль в области сердца, одышка, повышенное артериальное давление, головокружение, головная боль, нарушение сна, бессонница, страх смерти и другие. При болях в сердце медицинская сестра осуществляет мероприятия согласно регламентируемому алгоритму доврачебной помощи. Одышка купируется созданием удобного сидячего положения, проветриванием палаты, ограничением соли и жидкости, а так же разъяснением допустимой физической нагрузки. Для снятия головных болей и головокружения на фоне

повышенного артериального давления медицинская сестра создает лечебно-охранительный режим, проветривает палату, контролирует соблюдение постельного режима, дает 20-30 капель настойки валерианы, а на область затылка горчичник. При нарушении сна рекомендуются успокаивающие сборы, тихая обстановка и проветривание перед сном, обучение элементам аутотренинга и теплый душ [15, с.286].

Во все периоды пациенту обеспечивается полноценный сон, устраняются все раздражители. Больной укладывается с приподнятым головным концом, а под голову подкладываются подушки. Медицинская сестра осуществляет выявление настоящих, приоритетных и потенциальных проблем пациента. Для этого она устанавливает доверительные отношения с пациентом. При сборе сестринского анамнеза и определении тактики ухода, нужно рассказать пациенту о заболевании, осложнениях, о необходимости соблюдения рекомендаций, данных врачом и медицинской сестрой. Нужно следить за общим состоянием больного, цветом кожных покровов, пульсом, суточным диурезом и артериальным давлением. Контроль артериального давления осуществляется два раза в сутки, а методика его измерения объясняется пациенту и его родственникам [19, с.152].

Необходимо рассказать о проведении диагностических исследований к которым относятся: забор крови, электрокардиография, эхокардиография, рентген органов грудной клетки и другие. Если показано стентирование или шунтирование, то нужно объяснить суть и необходимость их проведения, а так же оповестить о развитии возможных осложнений. Медсестра информирует пациента о правилах сбора мочи и правилах подготовки перед сдачей крови на общий и биохимический анализ.

Важно следить за психологическим состоянием пациента. Незнание обстановки, своего заболевания и диагностических исследований, иногда приводят к эмоциональной лабильности. Поэтому медицинская сестра дает информацию обо всех исследованиях и процедурах. Она доносит до пациента, что стрессы по этому поводу могут привести к ранним

осложнениям [12, с.140].

Кроме психологических проблем часто возникают проблемы, связанные с мочеиспусканием и дефекацией, что приносит значительный дискомфорт. Медицинская сестра подает судно и мочеприемник. После стабилизации состояния, с помощью медсестры разрешается использование прикроватного стульчака. При трудностях с дефекацией используются мягкие слабительные клизмы, а при трудном мочеиспускании ставится мочевого катетер или подается утка. После дефекации тяжелых пациентов подмывают теплой водой с мылом. Медсестра следит за регулярностью физиологических отправлений. При метеоризме рекомендуется введение газоотводной трубки. Нужно объяснить, что это временные меры [14, с.417].

Все манипуляции осуществляются у постели пациента, которая должна быть комфортной и чистой. В первые дни кормление больного проводится медицинской сестрой в положении - полусидя в постели. В палате медицинская сестра проводит влажную уборку и проветривание, не допуская сквозняков. Гигиенические процедуры проводятся в пределах кровати. Следят за чистотой ротовой полости, носа, ушей и глаз. Смена постельного и нательного белья проводится без усилий больного. Для профилактики потницы, вызванной повышенной потливостью, медсестра проводит влажные обтирания полотенцем, обращая внимание на естественные складки [16, с.204].

При абдоминальном варианте инфаркта миокарда оказывается помощь при рвоте, нужно обеспечить больного емкостью для рвотных масс. Голову тяжелобольного пациента поворачивают набок для профилактики аспирации рвотными массами. По окончании рвоты медсестра помогает прополоскать рот теплой водой или отваром ромашки. В острой стадии инфаркта при повышенной температуре тела медсестра обеспечивает соответствующий уход за лихорадящим больным [19, с.159].

Медицинская сестра внимательно следит за соблюдением диеты. Пациенту назначается общий вариант диеты с высоким содержанием



полиненасыщенных жирных кислот и большим количеством овощей и фруктов. Основу диеты составляют: хлеб из муки грубого помола, кисломолочные продукты, нежирное мясо, овощи, рыба, оливковое масло, орехи. Необходимо исключить жирные сорта мяса и сыра, печень, сливочное масло, яичные желтки, цельное молоко. Рекомендованы соки фруктов и ягод, кисели и морсы без сахара, минеральные щелочные воды без газа. На фоне приема пищи не должно быть диспепсических расстройств. Медсестра рекомендует принимать пищу дробно. Пища готовится в отварном и измельченном виде. Во все периоды заболевания уменьшают количество сахара и соли. Исключают продукты вызывающие газообразование: молоко, свежий хлеб, бобовые, газированные напитки, огурцы, виноградный сок и другие [5, с.411].

В тяжелых случаях проводится профилактика образования пролежней. Медсестра каждые 2 часа проводит переключивание пациента на противоположном матрасе. Под крестец, пятки и затылок подкладываются резиновые круги. Особое внимание уделяют состоянию постели, а именно сменяют постельное белье, следят за отсутствием складок и неровностей. При выявлении предпролежневых изменений кожи необходимо растирать эти области и проводить обработку кожи антисептическими растворами или средствами медицинской гигиены [11, с.428].

Необходимо вести контроль за выполнением всех назначений и рекомендаций врача. Медицинская сестра следит за приемом лекарственных препаратов, напоминает о времени и способе их приема. О появлении побочных эффектов нужно немедленно сообщить врачу. Проводится санитарно-просветительская работа с пациентом и его родственниками по поводу заболевания, принципов рационального питания, двигательной активности, самоухода, отказа от вредных привычек, соблюдения режима сна и отдыха [6, с.138].

Проанализировав литературу, нами был сделан вывод, что инфаркт

миокарда - это неотложное клиническое состояние, характеризующееся нарушением кровоснабжения сердечной мышцы. Основным этиопатогенетическим фактором, способствующим его развитию, является атеросклероз коронарных артерий. Клинические проявления разнообразны и зависят от конкретного периода заболевания. В силу высокой смертности, требуется экстренное лечение, которое невозможно без участия медицинской сестры. Положительное влияние на исход инфаркта миокарда оказывает совместная работа медицинской сестры и пациента, а так же спланированный сестринский уход, эффективность которого позволит улучшить результаты общей терапии.

## ГЛАВА 2. ПРАКТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПРИ УХОДЕ ЗА ПАЦИЕНТАМИ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

### 2.1. Анализ статистических данных

При исследовании проведен анализ статистических данных по заболеваемости населения Белгородской области и Российской Федерации инфарктом миокарда за период 2016-2017 года. Полученные результаты представлены нами в виде диаграмм (Рис. 1. и Рис. 2.). Данный анализ позволяет графически оценить эффективность мероприятий, проводимых врачами и медицинскими сестрами в области диагностики, лечения, профилактики и в особенности ухода, который является важной составляющей лечения в целом. При анализе данных был использован статистический метод исследования. Данные были получены в Белгородском медицинском информационно-аналитическом центре.

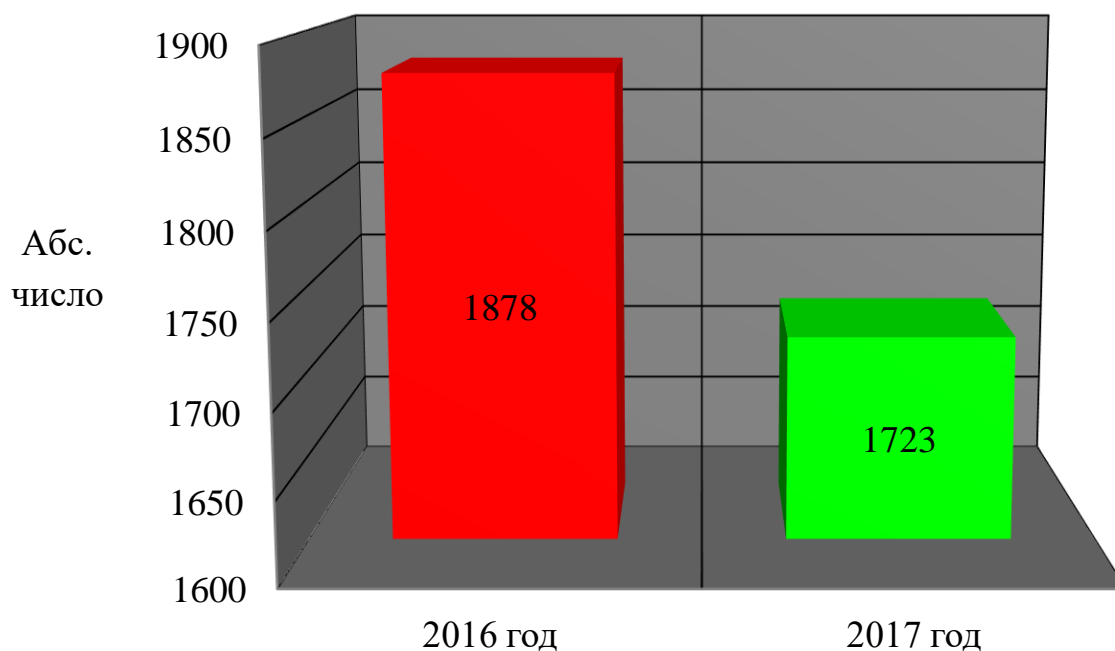


Рис. 1. Общая заболеваемость инфарктом миокарда в Белгородской области

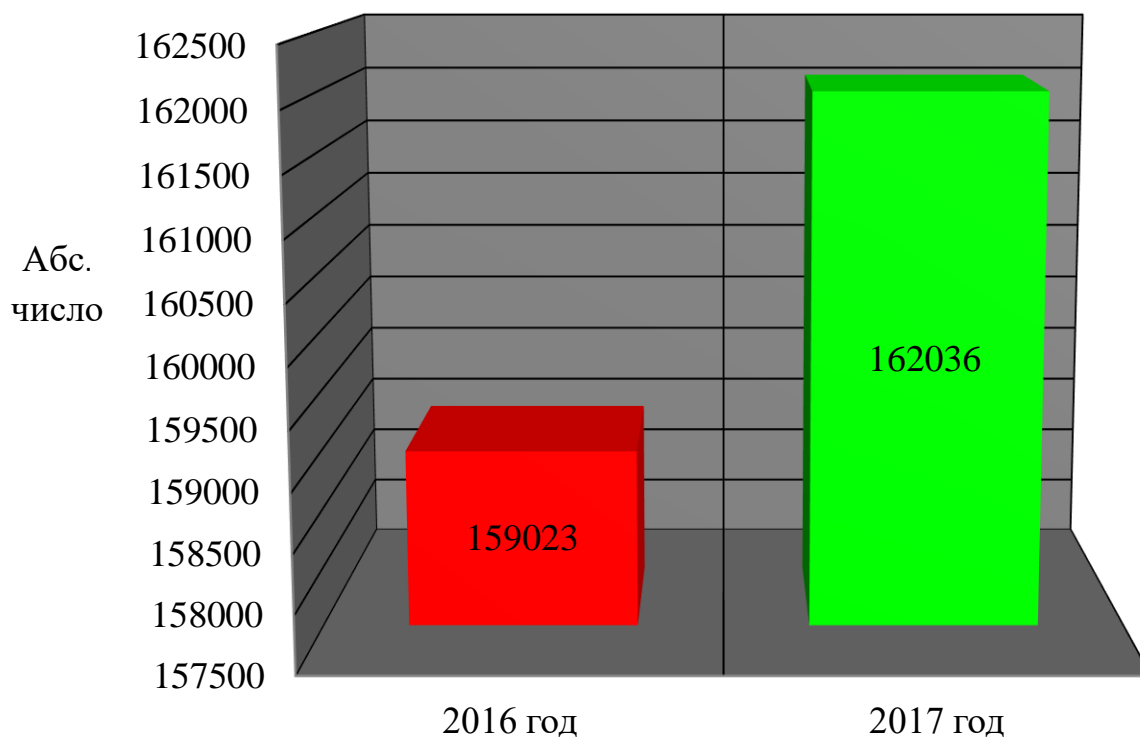


Рис. 2. Общая заболеваемость инфарктом миокарда в Российской Федерации

На основании выше представленных данных можно отметить, что заболеваемость инфарктом миокарда в Белгородской области заметно снизилась на 8,2%, но в Российской Федерации увеличилась на 1,9% по сравнению с прошлым годом, что в очередной раз говорит о необходимости улучшения терапии инфаркта миокарда и профессиональной деятельности медицинской сестры в области ухода за пациентами.

В настоящее время инфаркт миокарда является актуальной медицинской проблемой. По данным официальной статистики заболеваемость, инвалидность и смертность остаются на прежнем уровне. Для достижения позитивных изменений необходимо увеличить доступность, объем и качество оказания медицинской помощи населению. Поэтому очень важна деятельность медицинской сестры в лечебно-профилактическом процессе. Сестринский уход способствует быстрому восстановлению больных и предупреждению осложнений. Но для этого нужна хорошая подготовка медицинской сестры. Для изучения ее роли, нами было проведено исследование ее деятельности в уходе при инфаркте миокарда.

## 2.2. Исследование деятельности медицинской сестры в уходе при инфаркте миокарда

Исследование было проведено в терапевтическом отделении Краснояружской центральной районной больницы. Участие в опросе приняло 30 пациентов. Возрастное распределение показало (Рис. 3.) преобладание пациентов от 25 до 44 лет (33%), что может говорить о неправильном образе жизни. Возраст остальных респондентов распределен следующим образом: 44-60 лет (17%), 60-75 лет (17%), 76-90 лет (23%) и пациенты более 90 лет (10%).

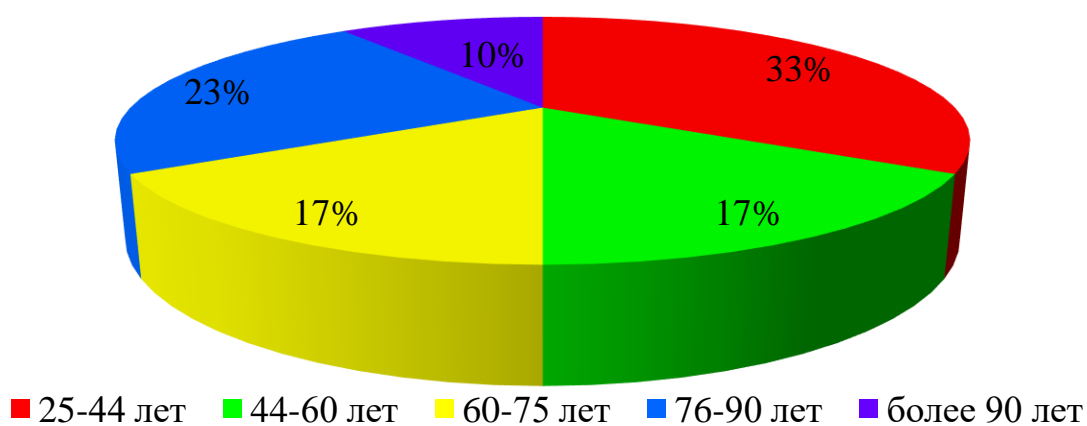


Рис. 3. Возрастные категории респондентов

В ходе анкетирования выявлено 18 женщин (60%), на долю мужчин пришлось соответственно 12 респондентов (40%) (Рис. 4.).

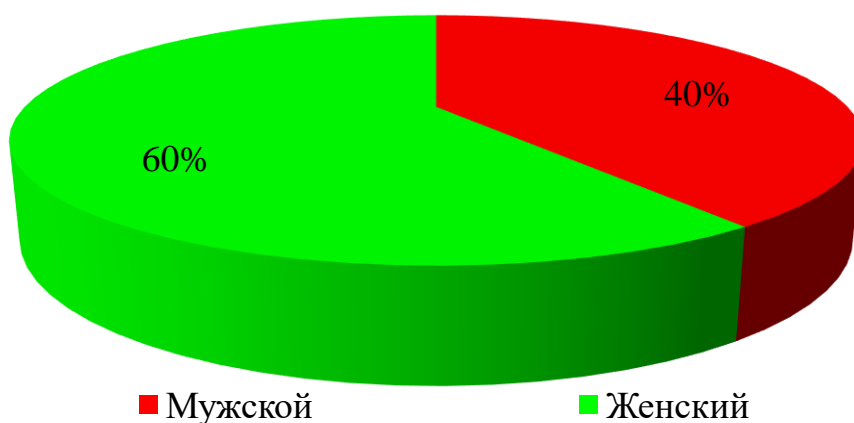


Рис. 4. Заболеваемость по полу

Большая часть респондентов (63%) с инфарктом миокарда в первые дни заболевания придерживалась рекомендаций относительно режима двигательной активности (Рис. 5.), а 11 пациентов (37%) ввиду каких-либо причин не соблюдали назначенный режим.

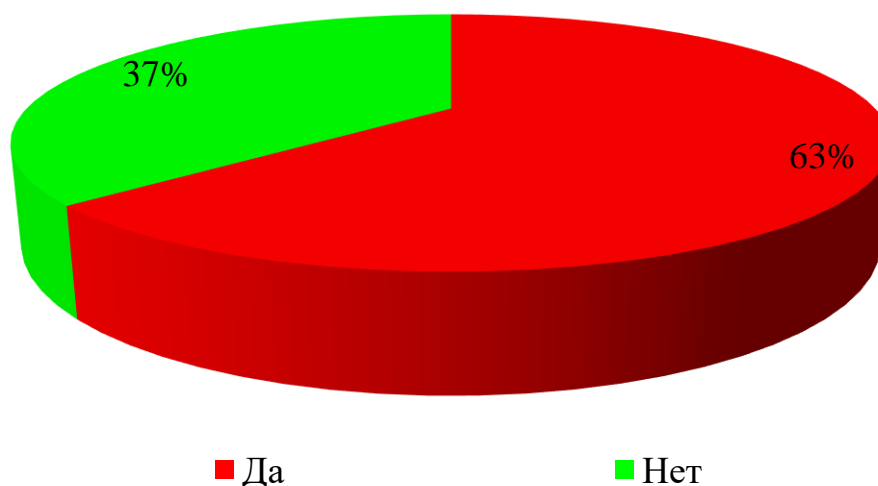


Рис. 5. Режим двигательной активности

Для стабилизации состояния пациентов, особенно в первые дни медицинская сестра должна вести непрерывный контроль за режимом двигательной активности. Необходимо объяснить пациенту и его родственникам, что несоблюдение режима повлечет за собой осложнения. Медицинская сестра помогает пациенту присаживаться и занимать вертикальное положение. Помогает встать и обучает ходьбе около кровати.

Особенно важны беседы с родственниками о режиме двигательной активности. Так же желательно их вовлечение в процесс ухода. Медицинская сестра обучает родственников использованию специальных приспособлений и вспомогательных средств. Она контролирует состояние пациента при расширении режима. Медсестра помогает пациенту при ходьбе в палате. С разрешения врача проводит лечебную физическую культуру и дыхательную гимнастику. Нужно напоминать о значении предписанного режима. При назначении общего режима ведется контроль за свободным перемещением пациента по коридору, посещению туалета и душа, подъему по лестнице.

Осуществление гигиенических мероприятий в острый период (Рис. 6.) отметило только 14 пациентов (46%), у 5 пациентов (17%) умывание, обтирания, уход за слизистыми и другие мероприятия не проводились, а 11 пациентов (37%) не помнит в связи с тяжестью состояния.

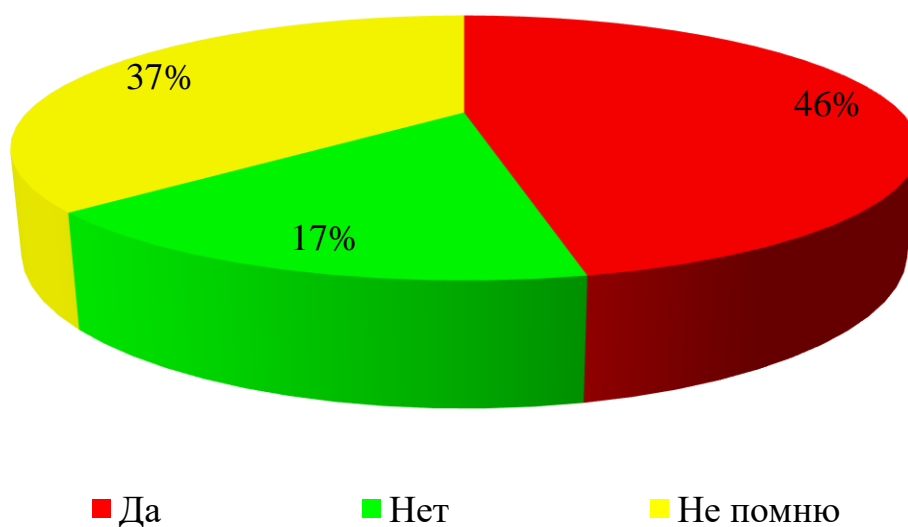


Рис. 6. Проведение гигиенических мероприятий

Объем осуществляемых гигиенических мероприятий зависит от тяжести состояния и способности пациента к самообслуживанию. Ежедневно медицинская сестра проводит влажные обтирания и умывания. Особенно важно проводить гигиену глаз и полости рта и языка. При приеме ванны или душа медицинская сестра следит за общим состоянием пациента. Пациентам подают судно и мочеприемник. Так же проводят смену постельного и нательного белья.

У 20 пациентов (67%) в период строгого постельного режима (Рис. 7.) проводилась смена положения в постели, а 8 пациентов (27%) отметило отсутствие данной процедуры, и 2 пациента (6%) не помнят в силу тяжести состояния.

Медицинские сестры обязаны систематически осуществлять смену положения пациента в постели. Это очень важно в аспекте предотвращения застойных явлений в легких и профилактики пролежней. Положение должно быть удобным и расслабленным. Пациентам в особо тяжелом состоянии,

когда они вынуждены находиться длительно в одном положении, смену производят не реже 2 раз в сутки. Так же рекомендуется вибрационный массаж и обработка костных выступов антисептиками. Нужно следить, чтобы на постели пациента отсутствовали складки.

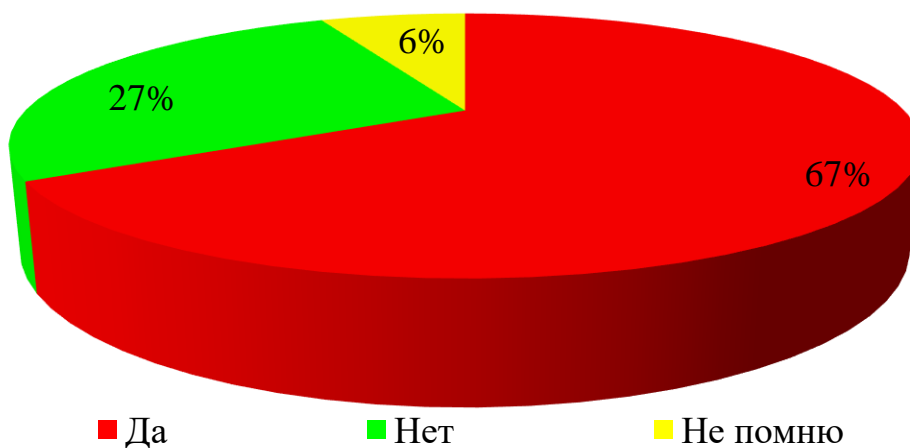


Рис. 7. Смена положения в постели

Из диаграммы (Рис. 8.) следует, что дыхательная гимнастика в первые дни нахождения в стационаре начала проводиться только у 8 пациентов (27%), что благоприятно влияет на процесс выздоровления. У остальных пациентов она начала проводиться в разное время, а точнее: у 15 пациентов (50%) в течение недели, у 3 пациентов (10%) лишь ко второй неделе и у 4 пациентов (13%) дыхательная гимнастика не проводилась и вовсе.

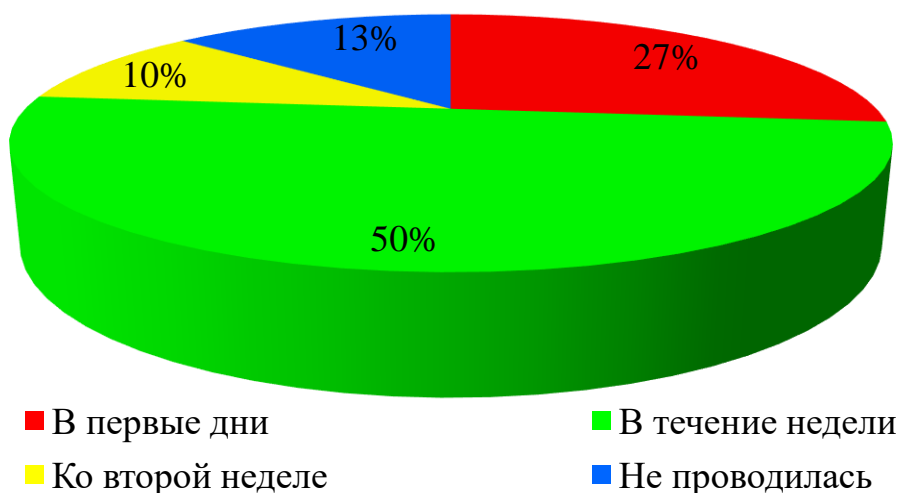


Рис. 8. Проведение дыхательной гимнастики



Дыхательную гимнастику, как способ профилактики застойных явлений и лучшего насыщения крови кислородом, медицинская сестра должна проводить с начала острого периода. Более позднее начало влечет за собой осложнения и замедляет выздоровление, о чем нужно информировать пациента. Необходимо обучить пациента и его родственников одной из методик гимнастики. Перед началом дыхательных упражнений нужно проветрить палату. Важно объяснить, что упражнения выполняются натошак или через время после приема пищи. Предварительно можно снять стесняющую одежду. Медицинская сестра должна контролировать состояние пациента.

Из данных, полученных при анкетировании (Рис. 9.), нами выявлено, что 17 пациентов (56%) начали проходить реабилитационный курс с первых суток. В то время как 8 пациентов (27%) приступили к нему спустя неделю. У 5 пациентов (17%) реабилитация не осуществлялась по каким-либо причинам.

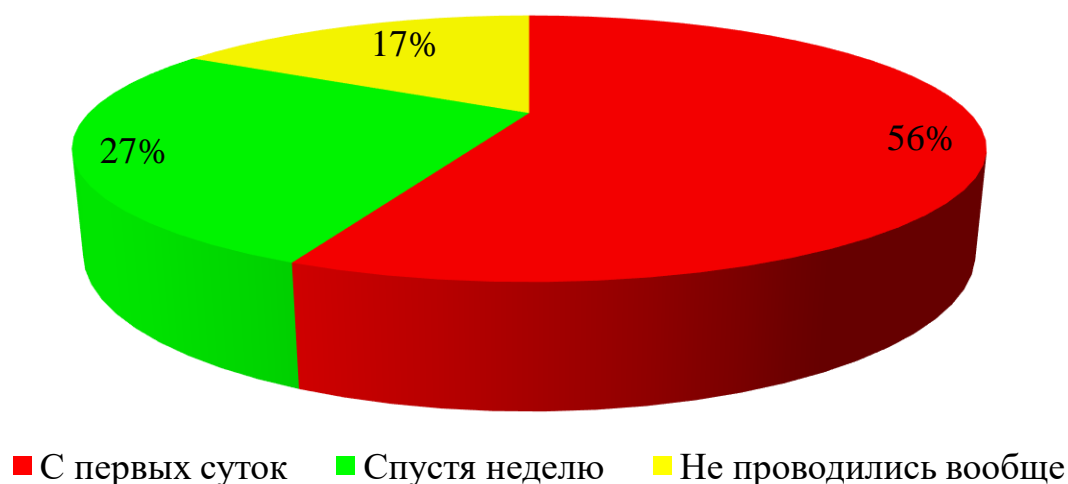


Рис. 9. Начало реабилитационных мероприятий

Реабилитация пациентов начинается сразу после устранения угрозы жизни. Раннее начало реабилитационных мероприятий способствует лучшему течению заболевания и уменьшению осложнений. Все мероприятия проводятся строго в соответствии с периодом заболевания и общим состоянием пациента. Лечебную физическую культуру назначают спустя 2-3

недели, а массаж начинают раньше, на 1-2 день. В острый период методы физиотерапии весьма ограничены, но со 2-4 недели их расширяют. Продолжительность реабилитации связана с тяжестью инфаркта миокарда. Полное восстановление включает в себя физическую, медикаментозную и психологическую реабилитацию. Медицинская сестра контролирует все физические нагрузки пациента. Медикаментозная реабилитация неотъемлема от физической, поэтому важно следить за приемом всех назначенных препаратов. Медицинская сестра должна мотивировать пациента на выздоровление. Так же она дает рекомендации относительно назначений, лечебного питания, режима дня и образа жизни.

По результатам анкеты (Рис. 10.), большая часть, а точнее 13 пациентов (43%), занимались лечебной гимнастикой. Физиотерапевтические процедуры были назначены 7 пациентам (23%). Массаж проводился у 5 пациентов (17%). Отсутствие реабилитационных мероприятий указало так же 5 пациентов (17%).

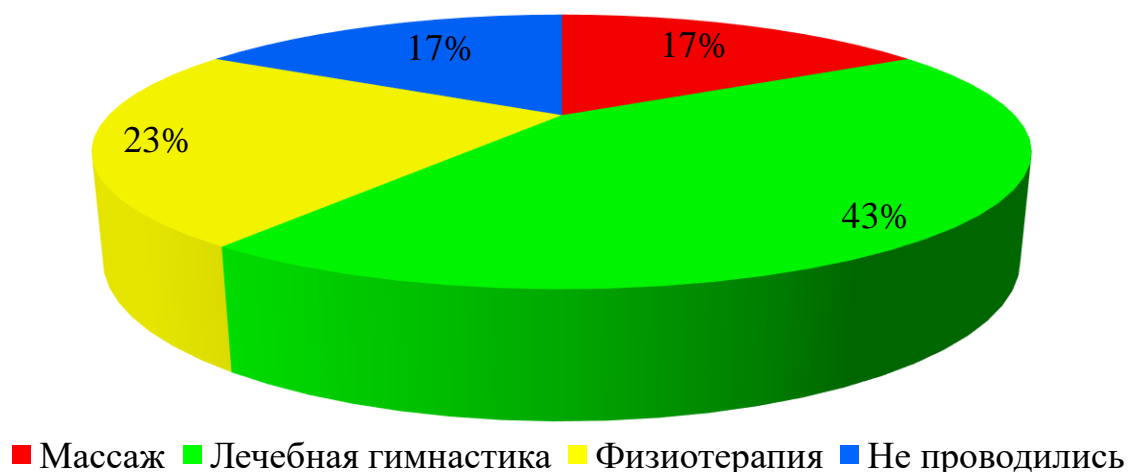


Рис. 10. Виды реабилитационных мероприятий

Главной особенностью данных мероприятий является их дозировка и интенсивность. Соблюдение данных принципов в каждый период заболевания является неотъемлемой частью деятельности медицинской сестры. Она должна знать уровень допустимых нагрузок при выполнении простых специализированных упражнений. Медицинская сестра должна

обучить пациента утренней гигиенической гимнастике и самостоятельным занятиям физическими упражнениями. К массажу приступают с первых дней заболевания, но учитывают состояние пациента. Начинают с простых техник и постепенно вводят дополнительные приемы. К 3 неделе из физиотерапии применяют электросон, лекарственный электрофорез, электроаналгезию, низкочастотное магнитное поле и постепенно добавляют другие.

При этом все реабилитационные мероприятия осуществляются под контролем основных гемодинамических показателей и частоты дыхательных движений. О всех преимуществах мероприятий медицинская сестра информирует пациента, а об всех изменениях сообщает врачу.

На диаграмме (Рис. 11.) представлены данные, показывающие, что из всего числа респондентов, только у 18 пациентов (60%) проводился контроль приема препаратов, в то время как 9 пациентов (30%) отметили, что медицинские сестры иногда контролируют прием. В трех случаях (10%) отмечен нерегулярный контроль.

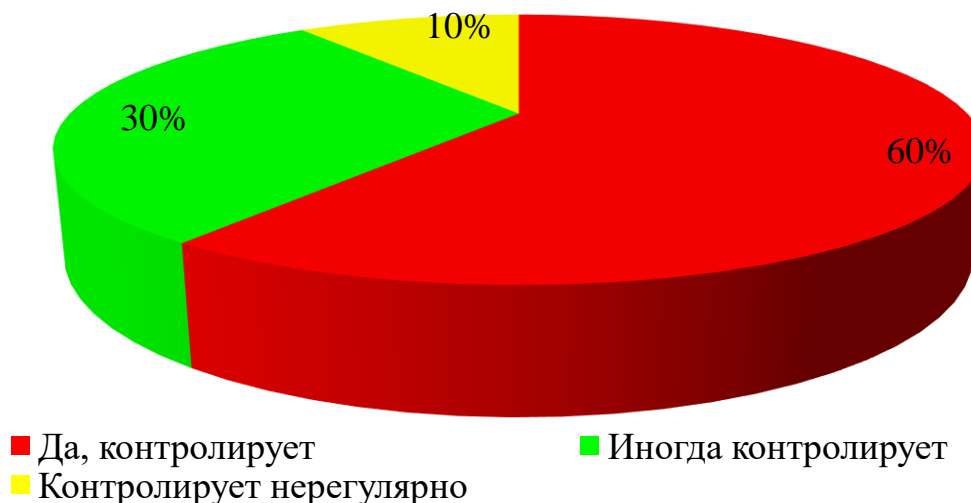


Рис. 11. Контроль приема лекарств медицинской сестрой

Отсутствие контроля за приемом препаратов может ухудшить течение заболевания у некоторых пациентов. Поэтому задачей медицинской сестры, является информирование пациента о схеме и цели приема, названии, показаниях и противопоказаниях препаратов и о зависимости от приема пищи. Пациент должен принимать препарат в присутствии медицинской

сестры. Нужно в доступной форме, учитывая пол и возраст, рассказать о времени приема и появлении эффекта.

Согласно диаграмме (Рис. 12.), 22 пациента (73%) проинформированы о принципах питания, однако 8 пациентов (27%) об этом не знают.

Приблизительно  $\frac{1}{4}$  часть опрошенных пациентов не ознакомлены с принципами питания при инфаркте миокарда. Приоритетными источниками получения такой информации являются врач и медицинская сестра, которой и следует подробно проинформировать пациентов. Нужно рекомендовать уменьшить употребление животных жиров, ограничить потребление крепких напитков, сладостей и соли до 3-5 грамм. Взамен увеличить количество овощей, фруктов и ягод, рыбы, яиц и нежирных молочных продуктов. Помимо этих стандартных принципов питания, требуется акцентировать внимание на поперiodном рационе, который заключается в постепенном увеличении количества белков, жиров, углеводов, а так же жидкости и соли. Режим питания 4-6 разовый, а пища оптимальной температуры в 15-50°C. Для лучшего усвоения информации, медицинская сестра раздает памятки и буклеты, проводит беседы с родственниками о диете и продуктовых передачах.

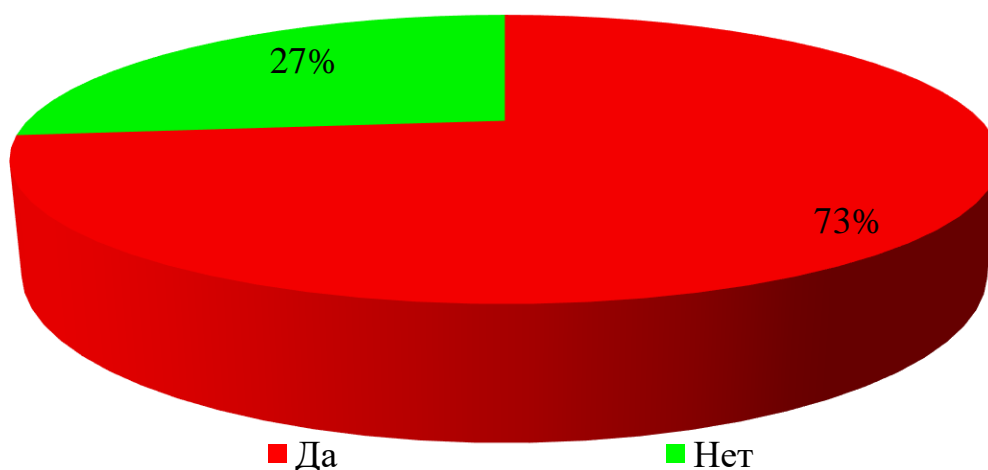


Рис. 12. Ознакомление с принципами питания

На диаграмме (Рис. 13.) можно наблюдать, что 16 пациентов (53%) придерживались назначенной им диеты. В силу каких-либо причин 9

пациентов (30%) не соблюдали предписанную диету. С другой стороны, 5 пациентов (17%) иногда соблюдали диету.

Из диаграммы можно сделать вывод, что почти половина опрошенных пациентов не осознает риски несоблюдения диеты. Самыми распространенными последствиями являются: повторный инфаркт, нарушения сердечного ритма, тромбозы и летальный исход. Потребность соблюдения диеты обусловлена положительным влиянием на восстановление сердечной мышцы. Диета способствует профилактике повторного инфаркта, атеросклероза и запоров. Медицинской сестре необходимо обсудить возможные причины несоблюдения диеты и найти способы их решения совместно с пациентом и его родственниками. Если пациент не может соблюдать диету в связи с тяжестью состояния, то необходимо помогать ему в приеме пищи. Необходимо мотивировать пациента и выработать у него силу воли при соблюдении диеты.

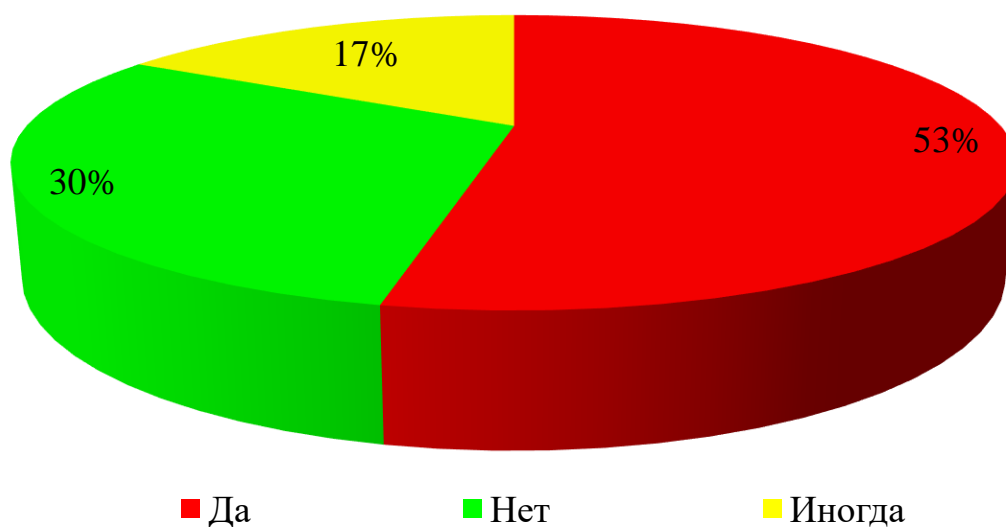


Рис. 13. Соблюдение диеты

По результатам анкетирования, 16 пациентов (53%) полностью проинформированы о своем заболевании (Рис. 14.). Ничего не знают об инфаркте миокарда 2 пациента (7%). Оставшиеся 12 пациентов (40%) частично владеют данной информацией.

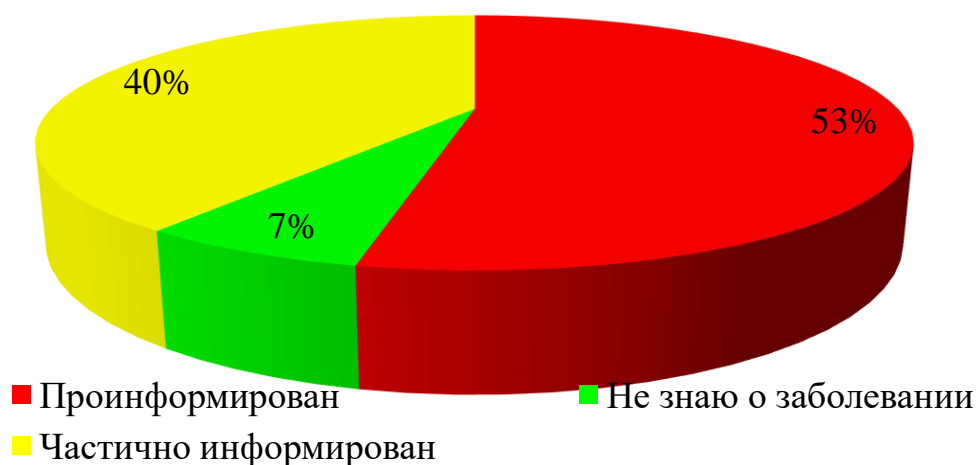


Рис. 14. Информированность о своем заболевании

На диаграмме (Рис. 15.) можно увидеть, что 21 пациент (70%) получал информацию от лечащего врача, а 4 пациента (13%) были информированы медицинской сестрой. Интернет использовали 3 пациента (10%). Остальные 2 пациента (7%) получили информацию из других источников.

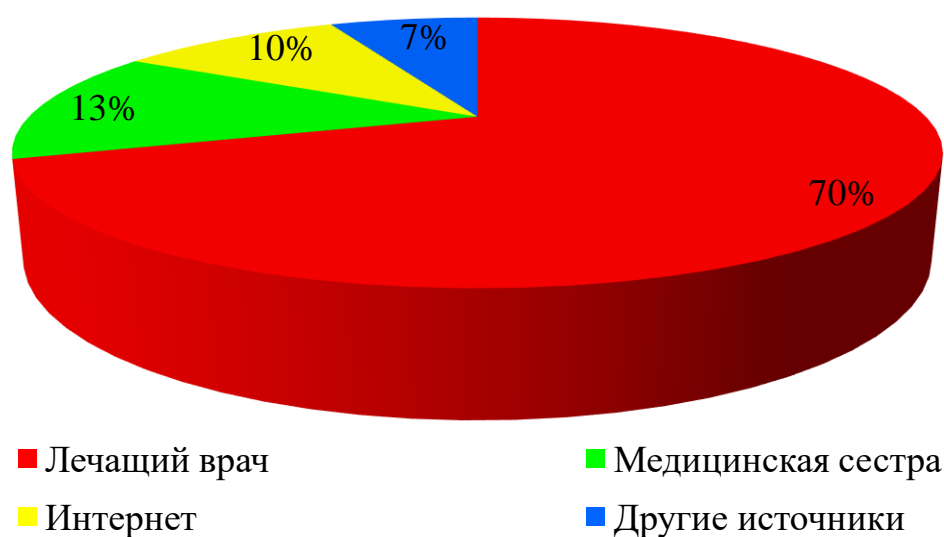


Рис. 15. Источники получения информации о своем заболевании

Обе диаграммы (Рис.14.) и (Рис.15.) дают понять, что в большинстве случаев пациенты получали информацию от лечащего врача и в меньшей степени от медицинской сестры. Поэтому последней следует усилить разъяснительную работу с пациентами, так как медицинская сестра находится ближе и дольше с пациентами, чем врач. Она должна постоянно

контактировать с пациентом, информируя его о факторах риска, причинах и прогрессировании заболевания. Медицинская сестра рассказывает об основных симптомах каждого периода и о медикаментозном лечении. Необходимо обратить особое внимание на способы самоконтроля и оказания неотложной помощи. Все термины и сложные понятия стоит донести до пациента в понятной ему форме. Медицинская сестра подбирает литературу по данному заболеванию и предоставляет ее пациенту. Желательно изложить пациенту об основных признаках осложнений. Так же важно групповое консультирование, для чего пациент приглашается в школу здоровья «Инфаркт миокарда». Пациенту даются рекомендации по отказу от вредных привычек, изменению образа жизни и соблюдению назначений.

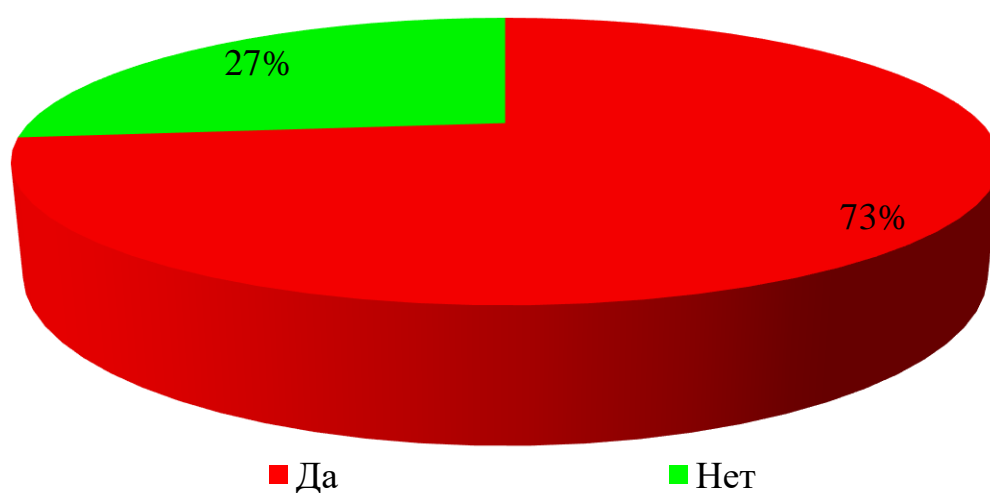


Рис. 16. Информирование о контроле артериального давления

Результаты, представленные на диаграмме (Рис. 16.), говорят, что 22 пациента (67%) были осведомлены о важности контроля артериального давления, а 8 пациентов (27%) не были информированы медицинской сестрой о контроле артериального давления. Но из данных диаграммы (Рис. 17.) следует, что 20 пациентов (67%), которые были проинформированы о контроле данных показателей, умеют измерять пульс и артериальное давление. Напротив, 10 опрошенных пациентов (33%) не обладают данным навыком, ввиду того, что они не были обучены палатной медицинской

сестрой.

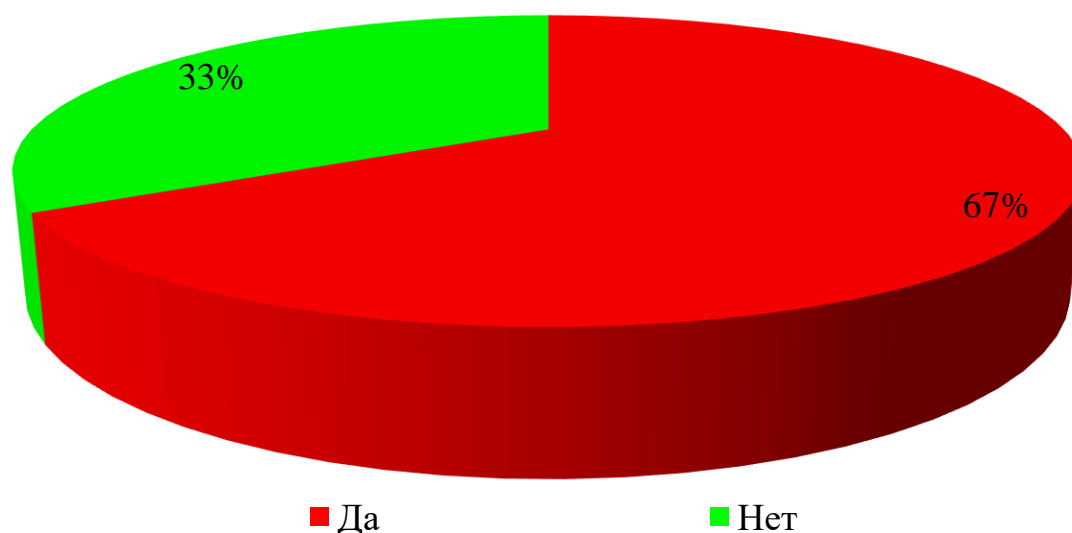


Рис. 17. Обладание навыком измерения артериального давления и пульса

После инфаркта миокарда возникает необходимость регулярного измерения артериального давления и пульса. Обучение пациента и его родственников данным манипуляциям, является одной из обязанностей медицинской сестры. Она предупреждает пациента, что измерение проводится в спокойной обстановке через 15 минут после физической нагрузки 2-3 раза в сутки. Сначала медицинская сестра обучает пациента и его родственников измерению пульса на лучевой артерии. После она демонстрирует технику наложения манжеты, пользования фонендоскопом и грушей, а также регистрации показателей. Надлежит научить пациента ведению дневника. Нужно объяснить, что в каждый период заболевания артериальное давление и пульс различны. При этом следует знать свои оптимальные показатели. Также следует информировать пациента о факторах повышающих и понижающих артериальное давление и то, чем это опасно.

Анализируя данные диаграммы (Рис. 18.), нами было выяснено, что 17 пациентов (57%) не были информированы о правилах проведения



диагностических исследований. В итоге, лишь только 13 пациентов (43%) были осведомлены об этом медицинской сестрой.

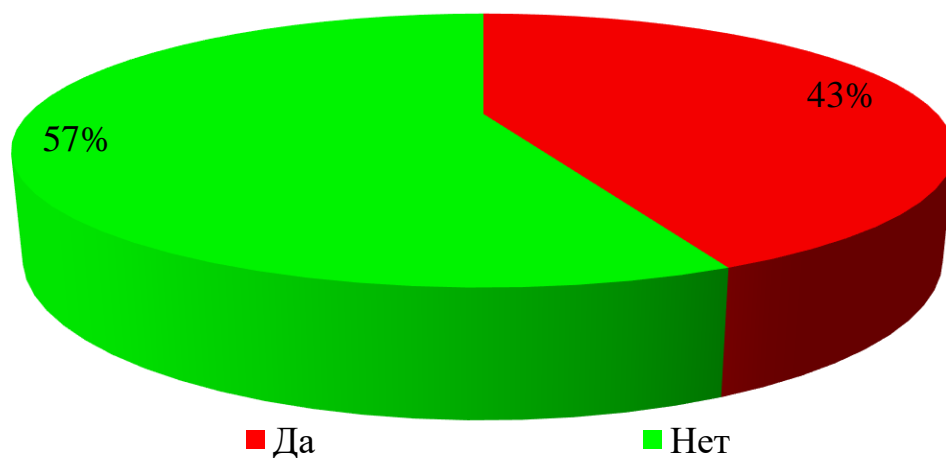


Рис. 18. Информированность о подготовке и проведении диагностических исследований

Неинформированность пациента о предстоящих исследованиях, может повлиять на достоверность результатов, от которых зависит точность диагноза и дальнейшее лечение. Поэтому обязанностью медицинской сестры является информирование пациента об исследовании, и контроль за подготовкой к нему. Пациент должен быть уверен в необходимости и безопасности исследований. Для чего медицинская сестра проводит психологическую подготовку, которая включает полное разъяснение целей и особенностей, показаний и противопоказаний, возможных осложнений и неприятных ощущений при проведении исследования. Если пациент находится в тяжелом состоянии, то необходимо проинструктировать об этом родственников пациента. Особого внимания к подготовке заслуживают такие исследования, как электрокардиография, общий и биохимический анализ крови, при котором определяют уровень маркеров некроза. Важно осуществлять помощь в подготовке и сопровождении на исследования.

Согласно диаграмме (Рис. 19.), обучение уходу и неотложной помощи медицинской сестрой отметили 15 пациентов (50%). Врач обучал в данном случае 9 пациентов (30%). А 6 пациентов (20%) указали другие источники.

При оценке качества ухода (Рис. 20.), сопоставив результаты обеих диаграмм, нами было выяснено, что из 15 пациентов, обученных медицинской сестрой, только 9 пациентов (30%) дали оценку отлично, 15 пациентов (50%) отозвались хорошо, 4 пациента (13%) удовлетворительно и 2 пациента (7%) остались недовольны уходом медицинских сестер.

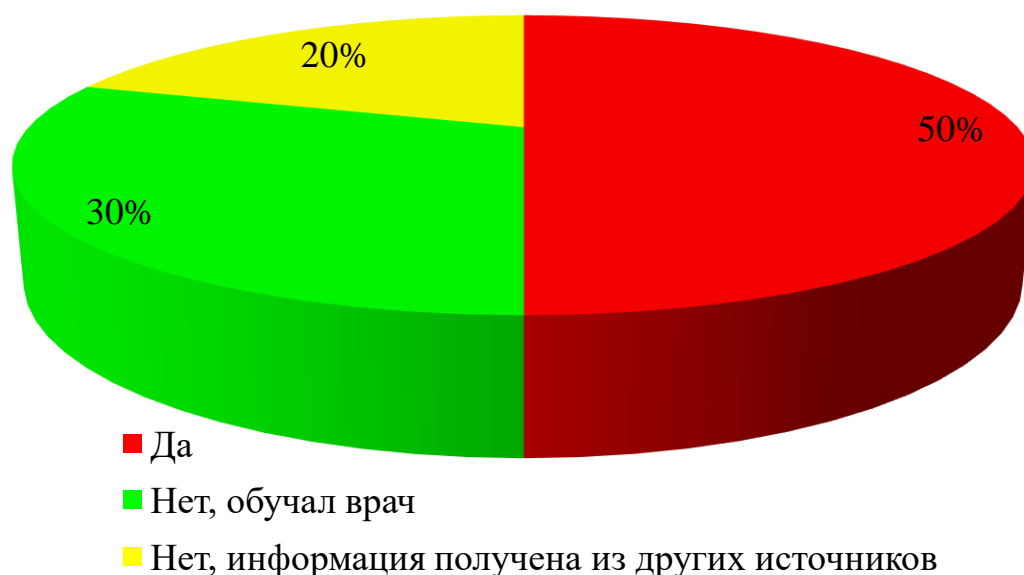
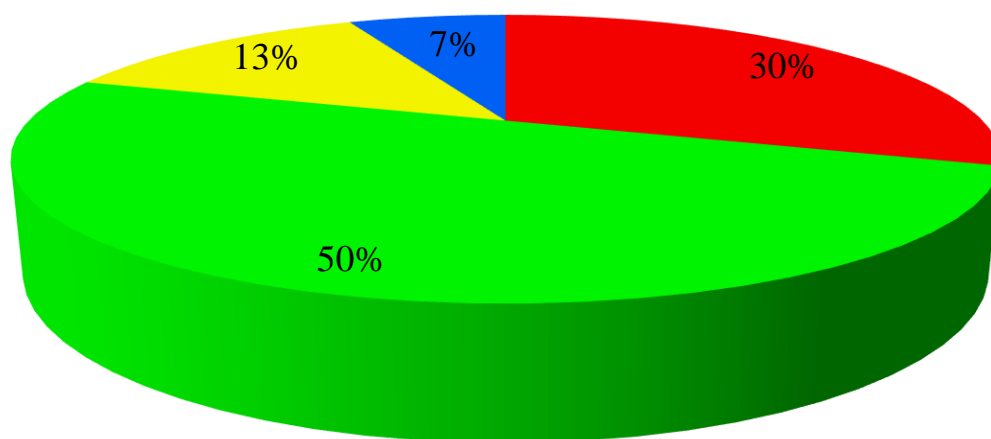


Рис. 19. Обучение родственников медицинской сестрой уходу и принципам неотложной помощи

Обучение родственников неотложной помощи является первостепенной задачей медицинской сестры. Следует объяснить родственникам тактику оказания помощи при возникшем состоянии. Медицинская сестра проводит разъяснительную работу о факторах, приводящих к осложнениям. Помимо этого требуется тактично обучить их правилам кормления и рационального питания, использованию специальных приспособлений и средств, обеспечению личной гигиены и уходу за кожей и слизистыми, профилактике пролежней, пневмонии и гипотрофии, контролю за режимом двигательной активности и общим состоянием, дезинфекции предметов ухода и безопасному перемещению в постели, а так же смене постельного и нательного белья. Все навыки необходимо демонстрировать родственникам, а после проконтролировать их самостоятельное выполнение.



■ Отлично ■ Хорошо ■ Удовлетворительно ■ Неудовлетворительно

Рис. 20. Оценка деятельности медицинских сестер в области ухода

Из всего числа опрошенных респондентов 2 пациента (7%) неудовлетворительно отозвались об осуществляемом уходе. Причиной данных результатов является плохой сестринский уход. Для улучшения качества ухода рекомендуется осуществлять профессиональные функции согласно регламентированным стандартам.

Оценка деятельности медицинских сестер складывается из общего состояния пациента, в плане его нарушенных потребностей, а так же отзывов коллег и родственников. Поэтому с пациентами необходимо установить контакт и проводить все мероприятия направленные на выздоровление и профилактику рецидивов.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Роль медицинской сестры при инфаркте миокарда неоценима. Общая терапия невозможна без ее участия. Любое клиническое проявление требует отдельного ухода. Все изменения состояния регистрируются в большинстве случаев именно медицинской сестрой, так как она находится в более тесном и длительном контакте с пациентом, чем врач.

В процессе исследования были сделаны следующие выводы:

1. Положительное влияние на исход инфаркта миокарда оказывает совместная работа медицинской сестры и пациента, а так же спланированный сестринский уход;

2. Заболеваемость инфарктом миокарда в Белгородской области заметно снизилась по сравнению с прошлым годом на 8,2%, а по стране увеличилась на 1,9%;

3. Примерно треть составили пациенты от 25 до 44 лет, наименьшую пациенты более 90 лет – 10%. Женщин не значительно больше, чем мужчин, а именно 60%;

4. Рекомендации по двигательной активности не соблюдали 37%. Осуществление гигиенических мероприятий в острый период проводилось только у 46%, и у 17% данные мероприятия проводились не в полном объеме;

5. Смена положения тела в постели, в острый период, не проводилась у 27%, а у 67% она проводилась регулярно. В раннем периоде дыхательная гимнастика и реабилитационные мероприятия проводятся не в полном объеме. Только 43% охвачено реабилитацией и 27% дыхательной гимнастикой;

6. 73% проинформировано о принципах питания, 53% придерживались назначенной им диеты. 53% были полностью проинформированы о своем заболевании, причем 13% их них информированы медицинской сестрой;

7. О контроле артериального давления и пульса респонденты были проинформированы не полностью, а только 67%, 33% совсем не обладают навыком измерения этих показателей. Контроль приема препаратов осуществлялся у 60%;

8. Подготовленность и неинформированность о проведении диагностических исследований распределены в равной степени. 50% обученных медицинской сестрой уходу, хорошо отзывались о ее деятельности.

#### **Рекомендации медицинским сестрам:**

1. Необходимо повышать уровень коммуникативности и компетентности для улучшения индивидуального подхода к каждому пациенту;

2. Регулярно осуществлять контроль за режимом двигательной активности пациентов, их положением в постели и приемом препаратов;

3. Проводить весь комплекс гигиенических мероприятий во время нахождения пациента в стационаре;

4. С первых дней приступать к дыхательной гимнастике и реабилитационным мероприятиям;

5. Подробно информировать пациентов о:

- заболевании;
- принципах питания;
- необходимости контроля артериального давления;
- диагностических исследованиях.

6. Обучать пациента и его родственников особенностям ухода и неотложной помощи.

## СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ

1) Геккиева, А.Д. Скорая и неотложная помощь. Общие вопросы реаниматологии [Электронный ресурс] / Геккиева А. Д. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 128 с. - ISBN 978-5-9704-4479-5 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970444795.html>;

2) Гордеева, И.Г. Сестринское дело. Практическое руководство : учебное пособие [Текст]/И. Г. Гордеева, А. В. Уварова, С. М. Отаровой, З. З. Балкизова. — 2-е изд., перераб. и доп. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019. — 592 с. : ил.;

3) Двойников С.И., Младшая медицинская сестра по уходу за больными [Электронный ресурс] : учебник / С. И. Двойников, С. Р. Бабаян, Ю. А. Тарасова [и др.]. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 512 с. - ISBN 978-5-9704-4801-4 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970448014.html>

4) Кардиология. Национальное руководство. Краткое издание [Электронный ресурс] / под ред. Е.В. Шляхто. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 816 с. - ISBN 978-5-9704-4387-3 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970443873.html>;

5) Латфуллин, И.А. Ишемическая болезнь сердца: основные факторы риска, лечение [Электронный ресурс] / И.А. Латфуллин - Казань : Казанский ГМУ, 2017. - 426 с. - ISBN 978-5-00019-840-7 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785000198407.html>;

6) Лычев, В.Г. Сестринский уход в терапии. Участие в лечебно-диагностическом процессе: учебник [Электронный ресурс] / Лычев В.Г., Карманов В.К. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 544 с. - ISBN 978-5-9704-4724-6 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970447246.html>;

7) Маколкин, В.И. Внутренние болезни [Электронный ресурс] : учебник / Маколкин В.И., Овчаренко С.И., Сулимов В.А. - 6-е изд., перераб. и доп. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 768 с. - ISBN 978-5-9704-4157-2 - Режим

доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970441572.html>;

8) Маршалко, О.В. Терапия. В 3 ч. Ч. 2. Кардиология [Электронный ресурс]: учеб. пособие. / О.В. Маршалко, А.И. Карпович - Минск : РИПО, 2016. - 367 с. - ISBN 978-985-503-636-5 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9789855036365.html>;

9) Обуховец, Т.П. Основы сестринского дела [Электронный ресурс]: практикум / Т.П. Обуховец - Ростов н/Д : Феникс, 2016. - 603 с. (Среднее медицинское образование) - ISBN 978-5-222-26372-3 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785222263723.html>;

10) Ослопов, В.Н. Общий уход за больными в терапевтической клинике : учеб. пос. [Текст]/ В. Н. Ослопов, О.В. Богоявленская. – 3-е изд., испр. И доп. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 464 с. : ил. ISBN 978-5-9704-3140-5;

11) Основы сестринского дела [Электронный ресурс] / Т. П. Обуховец, О. В. Чернова ; под ред. Б. В. Кабарухина. - Изд. 22-е, стер. - Ростов н/Д : Феникс, 2015. - 766 с. (Среднее медицинское образование) - ISBN 978-5-222-24485-2 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785222244852.html>;

12) Островская, И.В. Основы сестринского дела [Электронный ресурс] : учебник / Островская И.В., Широкова Н.В. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 320 с. - ISBN 978-5-9704-3940-1 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970439401.html>;

13) Острый коронарный синдром [Электронный ресурс] / под ред. И. С. Явелова, С. М. Хохлунова, Д. В. Дуплякова - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 384 с. - ISBN 978-5-9704-4185-5 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970441855.html>;

14) Сединкина, Р.Г. Сестринская помощь при патологии сердечно-сосудистой системы [Электронный ресурс] : учебник / Сединкина Р.Г., Демидова Е.Р. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 656 с. - ISBN 978-5-9704-4615-7 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970446157.html>;

15) Сестринский уход в терапии с курсом первичной медицинской [Электронный ресурс] / Э.В.Смолева; под ред. к.м.н. Б.В. Кабарухина - Ростов н/Д : Феникс, 2018. - 473 с. (Среднее медицинское образование) - ISBN 978-5-222-29997-5 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785222299975.html>;

16) Сестринский уход в терапии: МДК 02.01 Сестринский уход при различных заболеваниях и состояниях [Электронный ресурс] / Смолева Э.В.; под ред. Кабарухина Б.В. - Ростов н/Д : Феникс, 2017. - 365 с. (Среднее медицинское образование) - ISBN 978-5-222-28567-1 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785222285671.html>;

17) Сестринское дело в терапии с курсом первичной медицинской помощи [Электронный ресурс]: практикум / Т.П. Обуховец; под ред. Б.В. Кабарухина - Ростов н/Д : Феникс, 2015. - 412 с. (Среднее медицинское образование) - ISBN 978-5-222-25457-8 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785222254578.html>;

18) Смолева, Э.В. Сестринское дело в терапии с курсом первичной медицинской помощи [Электронный ресурс] / Смолева Э.В. - Ростов н/Д : Феникс, 2016. - 473 с. (Среднее профессиональное образование) - ISBN 978-5-222-26339-6 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785222263396.html>;

19) Тарасевич, Т.В. Сестринское дело [Электронный ресурс]: учеб. / Т.В. Тарасевич, С.М. Нечаев. - Минск : РИПО, 2017. - 587 с. - ISBN 978-985-503-646-4 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9789855036464.html>;

20) Федюкович, Н.И. Внутренние болезни [Электронный ресурс] : учебник / Н.И. Федюкович - Ростов н/Д : Феникс, 2018. - 505 с. (Среднее медицинское образование) - ISBN 978-5-222-30122-7 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785222301227.html>;

21) Якушин, С.С. Инфаркт миокарда. – 2-е изд., перераб. и доп. [Текст]/ С. С. Якушин, , В. Г. Мозговая – М. :ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 240 с. ;



## **ПРИЛОЖЕНИЕ**

### Анкета

Уважаемые пациенты! В рамках дипломной работы просим Вас пройти анкетирование. Анкета является анонимной. Убедительно просим Вас отвечать честно на предложенные вопросы, так как ответы окажут большое влияние на исследовательскую работу. Чтобы ответить на вопрос, допустима отметка нужного вам ответа любым знаком (галочка, подчеркивание и другие).

**1) Укажите Ваш возраст:**

- а) 25 – 44 лет;
- б) 44 – 60 лет;
- в) 60 – 75 лет;
- г) 76 – 90 лет;
- д) более 90 лет.

**2) Укажите свой пол:**

- а) Мужской;
- б) Женский.

**3) Придерживаетесь ли Вы рекомендаций относительно режима двигательной активности?**

- а) Да;
- б) Нет.

**4) Были ли проведены в острый период такие мероприятия как умывание, обтирания, уход за слизистыми?**

- а) Да;
- б) Нет;
- в) Не помню.

**5) Проводилась ли в период строгого постельного режима смена положения в постели?**

- а) Да;
- б) Нет;
- в) Не помню.

**6) В какое время медицинская сестра начала проводить с вами дыхательную гимнастику?**

- а) В первые дни;
- б) В течение первой недели;
- в) Ко второй неделе;
- г) Дыхательная гимнастика не проводилась.

**7) С какого момента были начаты реабилитационные мероприятия?**

- а) С первых суток;
- б) Спустя неделю;
- в) Не проводились вообще;
- г) Свой

вариант

ответа \_\_\_\_\_

---

**8) Какой вид реабилитационных мероприятий проводила с вами медицинская сестра?**

- а) Массаж;
- б) Лечебная гимнастика;
- в) Физиотерапевтические процедуры;
- г) Ни одно из предложенных мероприятий не проводилось;
- д) Свой

вариант

ответа \_\_\_\_\_

**9) Контролирует ли медицинская сестра прием лекарственных препаратов назначенных врачом?**

- а) Да, контролирует
- б) Иногда контролирует
- в) Контролирует нерегулярно

**10) Вы ознакомлены с основными принципами диетотерапии при инфаркте миокарда?**

- а) Да, я проинформирован медицинской сестрой;
- б) Нет, я ничего не знаю о рекомендованном мне питании.

**11) Соблюдаете ли вы рекомендованную Вам диету?**

- а) Да;
- б) Нет;
- в) Иногда.

**12) Насколько хорошо Вы проинформированы о своем заболевании?**

- а) Полностью проинформирован;
- б) Не полностью проинформирован;
- в) Совершенно ничего не знаю о заболевании.

**13) Где Вы получаете информацию о своем заболевании?**

- а) Узнаю от лечащего врача;
- б) Узнаю от медицинской сестры;
- в) Из интернета;
- г) Из других источников.

**14) Информировала ли вас медицинская сестра о необходимости контроля артериального давления и пульса?**

- а) Да;
- б) Нет.

**15) Обладаете ли Вы навыком измерения артериального давления и пульса?**

- а) Да;
- б) Нет.

**16) Разъясняла ли Вам медицинская сестра суть и правила подготовки к основным диагностическим исследованиям?**

- а) Да;
- б) Нет.

**17) Обучала ли медицинская сестра ваших родственников навыками ухода и принципами оказания неотложной помощи?**

- а) Да;
- б) Нет, обучал врач;
- в) Нет, данная информация получена из других источников.

**18) Как Вы оцениваете деятельность медицинских сестер в области ухода?**

- а) Отлично;
- б) Хорошо;
- в) Удовлетворительно;
- г) Меня не устраивает качество оказания медицинских услуг.