

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
**«БЕЛГОРОДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**
(Н И У «Б е л Г У»)

МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ

ЦМК клинических дисциплин

**ОСОБЕННОСТИ СЕСТРИНСКОГО УХОДА ЗА ПАЦИЕНТАМИ С
ТРАВМАМИ КОНЕЧНОСТЕЙ**

Дипломная работа студентки

**очной формы обучения
специальности 34.02.01 Сестринское дело
3 курса группы 03051611
Пашаевой Соны Бегалиевной**

Научный руководитель
преподаватель Павленко Л.В.

Рецензент
врач-невролог
ОГБУЗ «Белгородская областная
клиническая больница Святителя Иоасафа»
Богущ А. Н.

БЕЛГОРОД 2019

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	3
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ТРАВМ ВЕРХНИХ И НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ.....	6
1.1. Понятия, этиология, клиника, классификация травм верхних и нижних конечностей.....	6
1.2. Диагностика и лечение травм верхних и нижних конечностей.	14
1.3. Особенности сестринского ухода за пациентами с травмами конечностей.....	20
ГЛАВА 2. АНАЛИЗ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В УХОДЕ ЗА ПАЦИЕНТАМИ.....	24
2.1. Организационная характеристика травматологического отделения ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа».....	24
2.2. Статические данные травматологического отделения.....	25
2.3. Анализ исследования.....	29
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	40
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ.....	42
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	44

ВВЕДЕНИЕ

Одной из актуальных современных медицинских и социальных проблем являются повреждения конечностей, которые вследствие интенсивной урбанизации, роста механизации, скоростей средств передвижения, темпов и ритмов жизни из года в год увеличиваются во всех экономически развитых странах и по частоте, и по тяжести. В Российской Федерации ежегодно получают различного вида травмы около 12,3 млн. человек. Среди всех повреждений опорно-двигательного аппарата травмы верхних и нижних конечностей по частоте занимают первое место. Многие отечественные и зарубежные ученые обозначают современную травму качественно новым видом повреждения с присущими только ему специфическими изменениями и осложнениями во всех системах поврежденного организма.

Достижения положительных результатов в лечении травм нижних и верхних конечностей представляют собой большую проблему как в травматологии и ортопедии, так и в медицине в целом. Несмотря на современные достижения лечебно-диагностических технологий, анестезиолого-реанимационной службы, сестринского ухода, летальность при данной патологии остается высокой, без тенденции к снижению.

В настоящее время сестринский уход за пациентами стал мощным фактором укрепления здоровья и предупреждения развития осложнений, возникших после травм, а также участие персонала позволяет эффективно бороться с нервно-психическим напряжением. Медицинская сестра играет здесь важную роль. Она помогает пациенту или обучает родственников удовлетворить санитарно-гигиенические потребности посредством ухода, которые он сам не в состоянии выполнить. Адекватный и правильный уход - залог успеха в лечении больного и кратчайший путь к его выздоровлению.

Актуальность данного исследования predetermined тем, что травмы, нарушающие функции опорно-двигательного аппарата, подстерегают человека

на каждом шагу и с каждым годом идет тенденция к их увеличению. Травматизм приводит к развитию сложных сопутствующих заболеваний и осложнений, ранней инвалидности и смертности. Поэтому квалифицированный сестринский уход здесь играет решающую роль. Исходя из этого, была определена тема работы: «Особенности сестринского ухода за пациентами с травмами конечностей».

Целью выпускной квалификационной работы является изучить особенности сестринского ухода за пациентами с травмами конечностей, разработать рекомендации для медицинских сестер.

Задачи исследования:

1. Проанализировать литературу по травмам верхних и нижних конечностей;
2. Познакомиться с особенностями организации сестринского ухода за пациентами с травмами конечностей;
3. Провести анализ статистических данных отделения;
4. Провести исследование по теме работы.

Объект исследования: пациенты с травматологического отделения.

Предмет исследования: особенности сестринского ухода за пациентами с травмами конечностей.

Методы исследования:

- теоретический анализ медицинской литературы по данной теме;
- организационный (сравнительный, комплексный) метод;
- социологические: анкетирование, интервьюирование;
- статистические – статическая обработка информационного массива.

Теоретическая значимость: расширить теоретические знания о сестринском уходе за пациентами с травм верхних и нижних конечностей.

Практическая значимость: полученные в результате исследования данные позволят оценить качество сестринского ухода за пациентами с травм конечностей.

Объём и структура выпускной квалификационной работы.

Структура дипломной работы predetermined задачами, объектом, предметом, и методами исследования. Работа состоит из введения, двух глав, заключения, списка использованных источников и литературы, а также приложения.

Введение раскрывает актуальность, определяет степень научной разработки темы, объект, предмет, цель, задачи и методы исследования выпускной квалификационной работы.

Количество страниц: 48

Количество таблиц: 3

Количество диаграмм: 17

Количество гистограмм: 2

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ТРАВМ ВЕРХНИХ И НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

1.1. Понятия, этиология, клиника, классификация травм верхних и нижних конечностей

Любое повреждение организма, анатомическое или функциональное нарушение тканей и органов человека, называют травмой. Травма возникает в результате воздействия внешних факторов.

Классификация травм по признакам:

- по виду повреждающего фактора: механическая, термическая, химическая, специфическая;

по характеру: закрытая травма, при которой нет нарушения целостности кожных покровов; и открытая травма, при которой наблюдается нарушение целостности кожных покровов и слизистых оболочек [11, с.96].

Закрытые травмы в свою очередь также имеют несколько разновидностей. Ушиб - повреждение тканей и органов без нарушения их целостности (кожи, слизистых оболочек), но с нарушением функции. Этиология: наступает от удара тупым предметом или при падении.

Клиника: характеризуется припухлостью, болью, гематомой и нарушением функции. Ушиб сопровождается разрывами мелких сосудов, а также нарушением целостности жировой клетчатки, мышечных волокон, а иногда и внутренних органов.

Ушибы имеют следующие степени тяжести:

I степень. Кожа повреждена незначительно, могут быть царапины или небольшие ссадины. Проходит самостоятельно и безболезненно. В особых методах лечения не нуждается. Длительность в среднем составляет три-четыре дня [16, с.124].

II степень. Ушиб может сопровождаться разрывом мышечных тканей,

что приводит к возникновению отёка и образованию гематомы. Для данной степени характерна боль. Боль, как правило, носит острый характер, и сказывается на общем состоянии пациента.

III степень. В данном случае ушиб обычно сопровождается сопутствующими изменениями, а сила удара способствует появлению соответствующих осложнений. Ушибы данной степени сопровождаются повреждениями мышц или сухожилий, а в более тяжелых случаях возможны сопутствующие вывихи. Важно отметить, что удары третьей степени тяжести представляют собой особую опасность, когда речь идет о травмах колена, головы, суставов и копчика.

IV степень. Эта степень является самой выраженной. Она чаще всего сопровождается изменениями, которые полностью нарушают нормальную жизнедеятельность органов и систем человека. Общее состояние пациента может быть угрожающим, а ушибленные части тела не могут полноценно выполнять свои функции.

Растяжение связок – это частичное повреждение связки, микроразрывы отдельных волокон данной анатомической структуры. Обычно страдают связки в области средних, реже – крупных суставов конечностей.

Этиология: возникает при скачках, падениях, поднятии тяжестей, внезапном подворачивании конечности в суставе [8].

Клиника: клиническая картина растяжения идентична клиническим проявлениям ушиба: локальная боль, отек, кровоизлияние, нарушение функции. Часто повреждаются связки, сухожилия, мышцы.

Классификация

Различают 3 степени растяжения:

1. Первая является более легкой. При ней травмируются сухожилия, которые немного разрываются. При этом не происходит ограничение подвижности, поскольку боль незначительная. Может возникнуть припухлость, но чаще всего она мало заметна.

2. Вторая степень более заметна, но умеренна. То есть, происходит небольшое растяжение или разрыв волокон. При этом повредиться может капсула. Ощущаются сильные боли, которые трудно терпеть. При этом заметно проявляется отечность в том месте, где была травма. Могут появиться синяки.

3. Эта степень самая серьезная, ведь при ней полностью разрываются сухожилия. Отечность становится слишком заметной, гиперемия в том месте, где поражен сустав. Также обширно проявляются кровоподтеки. У сустава появляется патологическая подвижность [13].

Разрыв – это повреждение тканей с нарушением анатомической непрерывности.

Этиология: чаще всего возникает при беге, прыжках, падении.

Клиника: Нарушение движения в суставе сопровождается кровоизлиянием в мягкие ткани и в сустав. Совместно с этим наблюдается увеличение объема, движения становятся болезненными.

При разрыве связок наблюдается боль, отек, гематома, избыточная подвижность. А при разрыве мышц у пациента сильная боль, дефект поврежденной мышцы, гематома, снижение или полное отсутствие функции данной мышцы.

Если произошел разрыв мышц бедра, человек не может вставать на одну ногу, если случился разрыв двуглавой мышцы бицепса – нет возможности пошевелить верхней конечностью [3].

Если разрыв мышцы плеча произошел частично, боль будет иметь не столь сильную интенсивность, как при полном разрыве, но появится сильная гематома на месте травмирования. При частичном разрыве мышцы она не теряет своей сократительной функции, но, если не провести своевременное лечение, патология будет усугубляться.

Разрыв четырехглавой мышцы – одна из самых тяжелых травм, которая может спровоцировать кровоизлияние в коленный сустав и нарушить функциональность всей конечности.

Разрыв двуглавой мышцы плеча может полностью обездвижить руку. При частичном разрыве двуглавой мышцы боль умеренная, но постоянная, подвижность конечности частично сохранена. В случае полного разрыва болевой синдром очень сильный, его невозможно купировать медицинскими препаратами, присутствует обширная гематома.

Синдром длительного раздавливания - симптомокомплекс, возникающий в результате длительного сдавления (более 2 ч) отдельной части тела тяжелыми предметами. Сдавление вызывает не только механическое повреждение, но и длительную ишемию, что приводит к обширному ишемическому некрозу. Этот симптомокомплекс развивается после удаления сдавливающего предмета и восстановления кровообращения в пострадавшей части тела. Продукты распада и нарушенного обмена поступают в общий кровоток из сдавленных или размозженных тканей поврежденного органа [1, с.448].

В клинической картине синдрома длительного сдавления различают три периода.

1. Ранний период характеризуется шоковым состоянием: сначала появляется беспокойство, потом заторможенность, возникают выраженная бледность кожного покрова, тахикардия, гипотензия. В области сдавления после освобождения появляются бледность кожи, отек с кровоподтеками и отслойкой эпидермиса, нарушается чувствительность, нарастают боли. На коже образуются пузыри, наполненные серозной или геморрагической жидкостью. В дистальных отделах конечности пульс резко ослабевает или вовсе отсутствует из-за сдавления конечности отечными тканями и спазма артерий. Пострадавшего беспокоят значительная, распирающая боль в поврежденной конечности, слабость, озноб [11, с.96].

2. Промежуточный период (2-3-и сутки) проявляется признаками почечно-печеночной недостаточности: возникают боли в поясничной области, появляются жажда, рвота, общее состояние значительно ухудшается, появляется желтушность кожного покрова. Цвет мочи становится бурым. Ее объем резко уменьшается. Сознание пострадавшего спутанное. В

поврежденной области отек нарастает, кожа становится синюшной, содержимое пузырей нагнаивается, пульсация периферических сосудов отсутствует.

3. Поздний период начинается через 2-3 недели при благоприятном течении заболевания и характеризуется отторжением некротических тканей, восстановлением жизнеспособности тканей поврежденной области. Функции печени и почек медленно восстанавливаются. При неблагоприятном течении развиваются гангрена пострадавшей конечности и сепсис. Пострадавший погибает от печеночно-почечной недостаточности.

Вывих – это патологическое смещение суставных поверхностей костей, сопровождающееся разрывом капсулы и связок [2, с.249].

Этиология: падение или удар.

Клиника: Выраженная боль в области поврежденного сустава, нарушение функции конечности, деформация сустава, вынужденное положение конечности и изменение ее длины (укорочение), «пустой сустав», пружинящие пассивные движения в суставе и нарушение физиологической оси конечности

Классификация вывихов:

по степени смещения:

- 1) полный (полное расхождение суставных концов);
- 2) неполный — подвывих (суставные поверхности остаются в частичном соприкосновении). Вывихнутой считается дистальная (дальняя от туловища) часть конечности [16, с.1243].

По происхождению:

- 1) Врожденные. Такие повреждения возникают в результате неправильного внутриутробного развития плода — недоразвитие суставной впадины и головки бедра. Чаще отмечаются врожденные вывихи тазобедренных суставов, реже — вывихи надколенника, коленного сустава. Врожденный вывих надколенника проявляется болями, полной неподвижностью сустава, его воспалением, гемартрозом.

2) Приобретённые. Они возникают при травме — травматические или при заболеваниях (остеомиелит, полиомиелит) - патологические, или самопроизвольные.

Травматические вывихи чаще всего происходят под влиянием не прямой травмы, когда место приложения силы отдалено от повреждающегося сустава. Причиной травматического вывиха может быть резкое сокращение мышц, вызывающее движение, выходящее за пределы нормальной подвижности данного сустава (например, вывих нижней челюсти при чрезмерном открывании рта).

При вывихах почти всегда происходит разрыв капсулы суставов, могут быть повреждены сухожилия, мышцы, кости, сосуды и нервы; такие вывихи называются осложнёнными. Вывихи могут быть закрытыми — без повреждения кожи над суставом и открытыми, когда образуется рана, проникающая в полость сустава. Иногда вследствие значительного растяжения суставной сумки и связок при вывихе, а также без правильного лечения вывиха возникает вновь даже при небольшом усилии. Это так называемый привычный вывих (наиболее частый в плечевом суставе) [13].

Патологический вывих чаще возникает в тазобедренном и плечевом суставах обычно в результате разрушения суставных поверхностей вследствие патологического процесса. Паралитический вывих наблюдается при параличе или парезе окружающих сустав мышц. Эти вывихи возникают без заметного приложения внешней силы, как бы самопроизвольно.

Перелом - нарушение целостности кости в результате одномоментного внешнего действия на нее чрезмерной механической силы или патологического процесса в ней.

Этиология: - сильный удар каким-либо предметом;

- падение, часто это происходит с высоты;
- сильная компрессия кости;
- тяжелые насильственные движения.

Клиника: для определения диагноза нужно уточнить жалобы пациента, собрать анамнез и провести осмотр симметричных участков конечностей [7, с.528].

Существуют абсолютные (характерные только для переломов) и относительные (могут наблюдаться и при других травмах) признаки переломов.

Абсолютные симптомы:

1. Характерная деформация — это изменение конфигурации конечности, ее оси;
2. Патологическая подвижность в зоне перелома;
3. Крепитация — хруст кости в месте перелома из-за трения отломков (определяется при пальпации);
4. Абсолютное укорочение конечности из-за смещения длины при наличии только одного из этих признаков подтверждает диагноз перелома.

Относительные признаки:

- боль в области перелома;
- гематома;
- отек и припухлость мягких тканей;
- нарушение функции конечности.

Классификация:

Типы переломов классифицируют по нескольким критериям, это связано с отсутствием единых причин и локализации переломов [11, с.96].

В современных классификациях выделяют типы переломов в зависимости от следующих признаков:

По причине возникновения:

1. Травматические — вызванные внешним воздействием;
2. Патологические - возникающие при минимальном внешнем воздействии вследствие разрушения кости каким-нибудь патологическим процессом [16, с.1243].

По тяжести поражения:

- полные;
- без смещения;
- со смещением отломков;

Неполные — трещины и надломы.

По форме и направлению перелома:

- поперечные — линия перелома условно перпендикулярна оси трубчатой кости;
- продольные — линия перелома условно параллельна оси трубчатой кости;
- косые — линия перелома проходит под острым углом к оси трубчатой кости;
- винтообразные — происходит вращение костных отломков, костные отломки «повёрнуты» относительно своего нормального положения;
- оскольчатые — нет единой линии перелома, кость в месте повреждения раздроблена на отдельные отломки;
- клиновидные — как правило возникает при переломах позвоночника, когда одна кость вдавливаются в другую, образуя клиновидную деформацию;
- вколоченные — костные отломки смещаются проксимальней по оси трубчатой кости или располагаются вне основной плоскости трубчатой кости;
- компрессионные — костные отломки мелкие, чёткой, единой линии перелома нет [8].

По целостности кожного покрова:

1. Закрытые — не сопровождаются ранениями тканей, проникающих к месту перелома, и не сообщаются с внешней средой. Единичные — если один перелом одного сегмента опорно-двигательного аппарата. Множественные — если перелом в пределах одного сегмента или различных сегментов опорно-двигательного аппарата.

2. Открытые — переломы костей (огнестрельные и неогнестрельные), сопровождающиеся ранениями мягких тканей и сообщающиеся с внешней средой. Сочетанные — если перелом сочетается с травмой внутренних органов, черепа. Комбинированные — если поражение в одной анатомической области или в разных анатомических областях [11, с.96].

По локализации перелома:

В пределах трубчатой кости выделяют: диафиза, эпифиза, метафиза;

По осложнениям:

1. Осложнённые:

- травматическим шоком;
- повреждением внутренних органов;
- кровотечением;
- жировой эмболией;
- раневой инфекцией, остеомиелитом, сепсисом.

2. Неосложнённые.

1.2. Диагностика и лечение травм верхних и нижних конечностей

Первая медицинская доврачебная помощь

На место ушиба накладывают иммобилизующую давящую повязку. Поврежденной конечности придают возвышенное положение. В течение двух трех дней местно кладут холод через каждые 1-2 ч на 30-40 мин. Дают анальгетические средства в таблетках или внутримышечно вводят 2 мл 50% раствора метамизола натрия [10, с.360].

Лечение

После уменьшения отека и гематомы проводят физиотерапевтическое лечение: ультравысокочастотная терапия (УВЧ), УФО, сухое тепло, массаж. Если гематома через 7-10 суток не исчезает, ее пунктируют или вскрывают [15, с.189].

1. Обеспечение полного покоя и функциональной разгрузки поврежденной конечности.

2. В случае тяжелого течения ушиба, рекомендуется наложение гипсовой лангеты или ортеза для обеспечения функционально покоя.

3. Холодовые компрессы в течение первых суток травмы.

4. Возвышенное положение конечности.

5. Строгий запрет любых согревающих процедур, мазей и мероприятий в первые 2-3 суток.

6. Прием обезболивающих и противовоспалительных препаратов в период первых 4-5 суток. Комбинация таблетированных форм с мазями, которые должны наноситься непосредственно на место ушиба.

7. С 5 суток от момента ушиба необходимо начать проведение физиотерапевтических процедур: ультравысокочастотная терапия (УВЧ), УФО, сухое тепло, массаж, которые ускорят процесс регенерации поврежденных тканей.

8. В случае наличия кожных ссадин – проводят их регулярную обработку антисептиками для предупреждения присоединения инфекционного процесса.

Диагностика и лечения растяжение и разрыв

Для выявления повреждения проводятся следующие процедуры:

– стресс-тестирование: доктор во время обследования делает специализированные движения больной конечностью, для того чтобы установить уровень устойчивости сустава;

– МРТ;

– УЗИ суставов пораженной конечности. Связки эластичны, их не видно на снимках, но ультразвуковое исследование даст возможность специалисту подтвердить или опровергнуть наличие перелома [12, с.415];

– артроскопия — во время данной процедуры берется небольшой элемент сустава для лабораторного исследования [5, с.39].

После полученных результатов, лечащим врачом будет назначена необходимая терапия.

Первая медицинская помощь:

1. Покой конечности;
2. Давящая повязка на область сустава;
3. Холод через повязку в течение первых двух дней; в последующие – тепловые процедуры;
4. Возвышенное положение конечности;
5. При разрыве связок и мышц – гипсовая повязка, а при безуспешном консервативном лечении проводят оперативное лечение;

Лечение:

- обеспечить покой;
- на область сустава необходимо наложить тугую повязку;
- в первые дни местно применяют холод, в последующие- тепловые процедуры;
- физиотерапия и массажирование: магнитотерапия, электрофорез, лечение ультразвуком, терапия лазером;
- физические процедуры и обучение гимнастикой.

Диагностика и лечение синдрома длительного сдавления

Синдром длительного сдавления диагностируется на основании:

1. Клинической картины (наличие признаков перенесенного сдавления) и данных об обстоятельствах травмы;
2. Направление клинического материала в биохимическую и микробиологическую лаборатории.
3. Данных лабораторной диагностики, включающих анализ мочи, общий и биохимический анализ крови;
4. Данных инструментальной диагностики, позволяющих сопоставить в динамике данные лабораторных анализов и симптомы.

Первая медицинская доврачебная помощь:

- проводят обезболивание;
- при возможности, еще до освобождения от сдавления, на конечность накладывают артериальный жгут выше места сдавления для предотвращения поступления токсинов из размозженных тканей в общий кровоток;
- после устранения сдавления туго бинтуют поврежденную конечность от пальцев до жгута;
- снимают артериальный жгут;
- осуществляют транспортную иммобилизацию поврежденной конечности транспортными шинами или подручными средствами;
- обкладывают конечности пузырями со льдом;
- пострадавшему дают обильное щелочное питье;
- внутривенно вводят 200 мл 4-5% раствора натрия гидрокарбоната;
- бережно транспортируют в лечебное учреждение [1, с.448].

Лечение в стационаре направлено на снижение интоксикации, улучшение функции, уменьшение некроза тканей.

Для этого проводят: противошоковую, дезинтоксикационную, антибактериальную терапию.

Во время перевязок выполняют некрэктомию.

При циркулярном сдавлении конечности струпом выполняют его рассечение.

При развитии гангрены конечность ампутуют [3].

Диагностика и лечение вывиха

Диагностика вывиха основывается на ряде симптомов, наблюдающихся только при вывихе - это достоверные, или абсолютные признаки:

- постоянная сильная боль в покое, резко усиливающаяся при попытке движения;
- вынужденное положение конечности, специфичное для каждого вывиха;

- деформация области сустава и изменение оси конечности;
- полное отсутствие активных движений в суставе, резкое ограничение пассивных движений;
- изменение длины конечности (чаще укорочение);
- «пружинящая фиксация» (при попытке изменить положение конечности ощущается сопротивление);
- рентгенологическое исследование [10, с.360].

Первая помощь:

- проводят обезболивание;
- иммобилизуют конечность шиной Крамера или подручными средствами в вынужденном положении;
- местно применяют холод;
- транспортировка в ЛПУ.

Лечение:

1. Пострадавшего направляют на рентгенологическое исследование поврежденного сустава.

2. После этого вывих вправляют под местным или общим обезболиванием.

3. Устранив вывих, врач направляет пострадавшего на контрольную рентгенографию сустава.

4. После рентгенологического подтверждения устранения вывиха конечность иммобилизуют гипсовой повязкой на определенный срок.

5. После снятия повязки используют физиотерапевтические процедуры, лечебная физическая культура (ЛФК) и массаж.

Открытый, застарелый и привычный вывихи подлежат хирургическому лечению [15, с.189].

Диагностика и лечение перелома

Основным диагностическим методом является рентгенография в двух проекциях – прямой и боковой.

Более информативным (и дорогостоящим) методом является рентгеновская компьютерная томография (РКТ), позволяющая получить объёмное 3D-изображение повреждённого сегмента [13, ст.256].

Для дополнительной диагностики повреждения мягких тканей используют магнитно-резонансную томографию (МРТ), ультразвуковое исследование (УЗИ), реже – ангиографию, электронейромиографию.

Первая медицинская помощь:

- остановка кровотечения, наложение асептической повязки при необходимости;
- обезболивание (анальгин, баралгин, промедол 2% - 1 мл, морфин 1%-1 мл);
- транспортная иммобилизация (по возможности в физиологическом положении);
- холод на поврежденную конечность;
- простейшие противошоковые мероприятия при необходимости (тепло укрыть, горячий чай, кофе, содово-солевой раствор);
- выбор способа транспортировки с учетом локализации повреждения и наличием признаков шока;
- транспортировка в ЛПУ.

Пострадавшего транспортируют несколькими способами. Он может передвигаться самостоятельно с помощью помощников, его могут переносить на руках два помощника с помощью «замка» из четырех или трех рук.

При переносе на носилках соблюдают определенные правила:

- при травме верхней конечности пострадавшего переносят в положении лежа на спине с поворотом на здоровый бок, поврежденное предплечье укладывают на грудь или на живот;
- при травме нижней конечности - на спине, поврежденную ногу укладывают на подушку или сложенное одеяло [16, с.1243].

Лечение переломов

Всегда начинается с обезболивания: в зону перелома вводят 2% раствор новокаина. При переломах без смещения накладывается гипсовая повязка.

Основные методы лечения переломов: консервативный (наложение гипсовой повязки), скелетное вытяжение (с помощью металлических конструкций и аппаратов), оперативное лечение (путем воздействия постоянной тяги- скелетное вытяжение).

1.3. Особенности сестринского ухода за пациентами с травмами конечностей

Уход за пациентами - комплекс мероприятий, которые направлены на поддержание и восстановление сил пациента и создание для него условий и обстановки, способствующих благоприятному течению болезни, предотвращению осложнений и более быстрому выздоровлению.

1. Наблюдение за состоянием пациента [17, с.116]:

- подготовка к диагностическим и лечебным процедурам;
- контроль за пульсом, АД, температурой тела; контроль состояния гипсовых и мягких повязок;
- следить за состоянием кровообращения в поврежденной конечности (при тугой повязке у пациента появляется боль в конечности, увеличивается отек, цианоз и онемение пальцев; в этих случаях повязку необходимо переменить);
- следить за положением конечности на лечебной шине при проведении скелетного вытяжения;
- надо следить, чтобы конечность не упиралась в спинку кровати, а груз не опускался на пол. Медсестра должна постоянно следить за положением пациента, так как неправильное положение может привести к неправильному сращению перелома или параличу конечности. Перестилать постель и подавать судно нужно очень осторожно, чтобы не вызвать смещение отломков;

– проводить обработку кожи вокруг спиц и место введения спиц. Места введения спицы обрабатываются спиртовыми антисептическими растворами, спицы протирают спиртом, вокруг спицы в местах введения кладут салфетки, смоченные спиртом.

2. Профилактика пролежней [6]:

– своевременная смена постельного и нательного белья; устранение складок на постели;

– смена положения в постели;

– протирание кожи камфорным спиртом;

– использование против пролежневых матрасов.

3. Профилактика пневмонии:

– дыхательная гимнастика.

4. Снижение болевых ощущений:

– введение анальгетиков по назначению врача;

– холод;

– изменение положения тела.

5. Помощь в проведении гигиенических мероприятий.

6. Помощь в восстановлении двигательной функции:

– лечебная физкультура (ЛФК). При длительном лежании наблюдается атрофия мышц. Для профилактики нужно проводить лечебную физкультуру с первых дней после травмы [12, с.415]. Активные движения поврежденной конечности предупреждают атрофию мышц, остеопороз костей, улучшают кровообращение, ускоряют процесс костеобразования;

– массаж;

– -физиотерапия.

7. Психологическая работа с пациентом и его родственниками.

Участие медицинской сестры в лечении пациента является важным, так как конечный результат лечения зависит от тщательной подготовки пациента к

лечебным манипуляциям, пунктуального выполнения назначений врача и грамотного ухода за пациентом в процессе лечения, в период реабилитации.

Медицинская сестра травматологического отделения должна хорошо: знать десмургию, гипсовую технику, аппараты и приспособления для лечения этих больных. При уходе за этой категорией больных необходимо большое внимание уделять психическому состоянию.

Внимательное отношение помогает больному быстрее привыкнуть к новому положению и легче справиться с недугом [9].

Уход за больным с гипсовой повязкой

Гипсовые повязки широко применяются в травматологической практике, в связи, с чем необходимо знать правила ухода за этими пациентами.

Гипсовая повязка затвердевает 10—20 мин. в зависимости от качества гипса. В это время загипсованный участок тела необходимо удерживать в необходимом положении. При застывании повязка становится твердой на ощупь и при постукивании издает ясный звук твердого тела. Окончательное высыхание гипса происходит в течение суток. Повязка из серой становится белой, и при постукивании слышен звонкий звук.

Особенно внимательно наблюдают за пациентами в первые сутки после наложения повязки. При тугой повязке у пациента появляются боль в конечности, цианоз, увеличивается отек, онемение пальцев [5, с.39].

В этих случаях необходимо разрезать гипсовую повязку и временно укрепить ее бинтом. Необходимо следить, чтобы во время акта дефекации и мочеиспускания гипсовая повязка не загрязнялась. Надо своевременно подмывать больного. Важным профилактическим мероприятием различных осложнений у этой категории больных является лечебная физкультура.

Уход за больными при лечении переломов вытяжением. При лечении пациентов с переломами методом вытяжения они длительное время должны находиться в вынужденном положении. Однако в отличие от лечения гипсовыми повязками этот метод создает большие возможности для применения лечебной физкультуры. Особенно обращают внимание на

выполнение активных движений симметричной здоровой конечностью. При этом рефлекторно усиливается кровообращение и в поврежденной конечности. В настоящее время, помимо шины Белера, применяются специально разработанные функциональные шины, например, функциональная шина Богданова, которые позволяют проводить движения в суставах и поврежденной конечности [6].

Современная медицинская сестра — это не просто помощник врача. Ее профессионализм, организация и практическое осуществление своих обязанностей по обслуживанию пациентов согласно требованиям сестринского процесса, проявляется в квалифицированной помощи пациенту хирургического отделения.

ГЛАВА 2. АНАЛИЗ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В УХОДЕ ЗА ПАЦИЕНТАМИ

2.1. Организационная характеристика травматологического отделения ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа»

В травматолого-ортопедическом отделении развернуто шестьдесят коек, обустроены современным оборудованием и работают 3 операционных: 2 травматологических и одна ортопедическая. Состав отделения, одиннадцать докторов и 27 медицинских сестер.

Большинство медицинских сестер владеют смежными специальностями: операционной, манипуляционной, процедурной, перевязочной медсестры, гипсового техника. Шесть медицинских сестер имеют высшую аттестационную категорию, восемь медсестер – первую, семь медсестер - вторую. Сертификаты имеет весь средний медперсонал.

В травматолого-ортопедическом отделении лечатся пациенты с резкой травмой костей скелета, а также с последствиями травм опорно-двигательного аппарата. Отделение занимается излечением переломов длинных трубчатых костей, околоуставных и внутрисуставных переломов с применением нынешних раскрытых и малоинвазивных методов.

В отделении выполняется реконструктивные операции на стопе по различным методикам. Введение новых методов разрешило существенно усовершенствовать итоги своевременного излечения. Используются методы фиксации при реконструктивных операциях разных деструкций стоп.

В отделении оказывается высокотехнологическая медицинская помощь пациентам с заболеваниями опорно-двигательного аппарата. Каждый год производится примерно 700 полных эндопротезирований крупных суставов.

Отделение травматологии непосредственно функционирует с физиотерапевтическим отделением, использующим обширный диапазон нынешних способов физиологического влияния при лечении и реабилитации пациентов с травмами опорно-двигательного аппарата.

Врачи отделения ездят в районы области, где реализовывают консультации серьезных пациентов и осуществляют срочные своевременные вмешательства.

Медицинские сестры отделения своевременно и точно выполняет все лечебные, гигиенические назначения лечащего врача, а также все манипуляции. Обеспечивают надлежащий уход за пациентами и наблюдение за санитарным состоянием палат и поста. Проводят беседы на темы ВИЧ – инфекция, СПИД, гепатиты, туберкулез, так как эти заболевания всегда имеют место для процветания в нашем обществе из-за малограмотности и не серьезности по отношению к этим инфекциям.

Травматолого-ортопедическое отделение БОКБ представляется базой для преподавания учащихся медицинского факультета НИУ «БелГУ» и медицинского колледжа.

2.2. Статические данные травматологического отделения

По статистике, которую ведут врачи травматологического отделений, основной процент обратившихся пациентов приходится на травмы, связанные с зимним временем года именно с гололедом.

Распределение обращений пациентов с травмами конечностей по сезону представлены в таблице 1.

Сезонность травматизма

Сезон	Травмы нижних конечностей	Травмы верхних конечностей
Зима	41%	38%
Весна	18%	19%
Лето	16%	17%
Осень	25%	26%

На основании этих данных построена диаграмма травматизма нижних конечностей (Рис. 1).

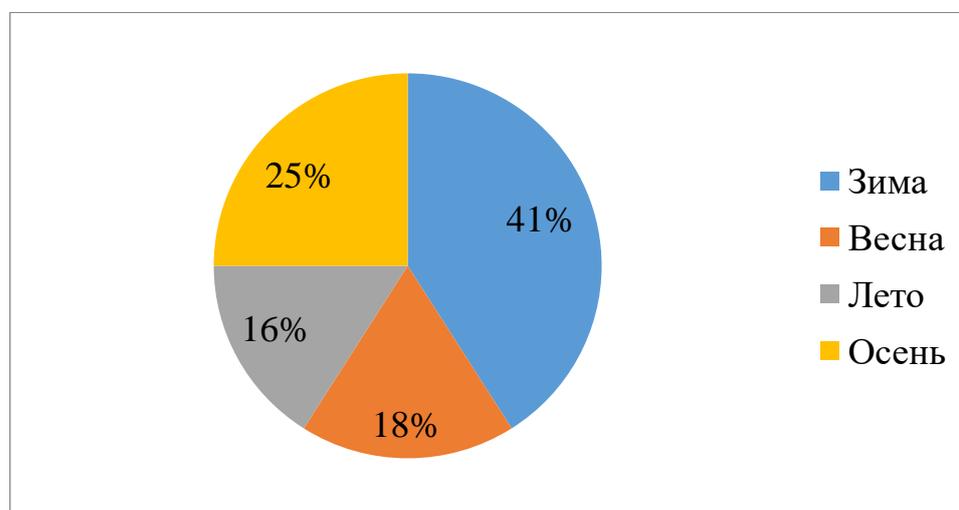


Рис. 1. Сезонность травматизма нижних конечностей.

Чаще, всего травмы нижних конечностей возникают в зимнее время года – 41%, затем 25% в осеннее время, 18 % весеннее время, 16% летнее время.

Также на основании табличных данных построена диаграмма сезонности травматизма верхних конечностей (Рис. 2).

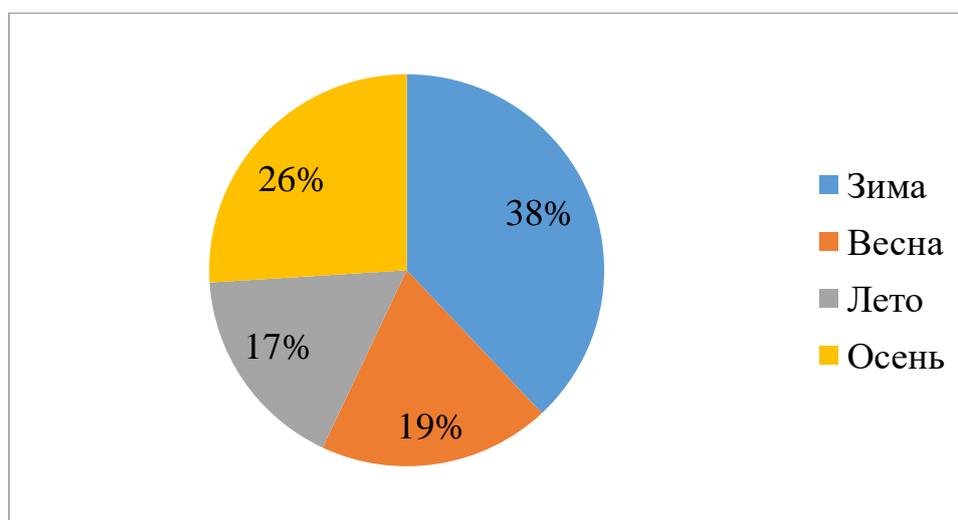


Рис. 2. Сезонность травматизма верхних конечностей.

Чаще, всего травмам верхних конечностей возникает в зимнее время года – 38%, затем осеннее время – 26%, весеннее время – 19%, летнее время – 17%.

По данным ОГБУЗ «Белгородской областной клинической больницы Святителя Иоасафа» за период с 2016 по 2018 год было зарегистрировано 3 смертельных исхода у людей с травмами, число пострадавших постепенно уменьшается, что отражено в таблице 2.

Таблица 2

Статистические показатели работы отделения

Больных	Травматологических			Ортопедических			Всего		
	2016	2017	2018	2016	2017	2018	2016	2017	2018
Поступило	735	715	710	1179	1173	1135	1914	1888	1845
Выбыло	728	721	705	1179	1166	1139	1907	1887	1864
Переведено в другие отделения	2	9	2	0	0	1	2	9	3
Переведено из других отделений	2	3	1	0	1	0	2	4	1

Умерло	0	0	1	0	1	0	1	1	1
---------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---

На основании табличных данных построена диаграмма (Рис. 3).

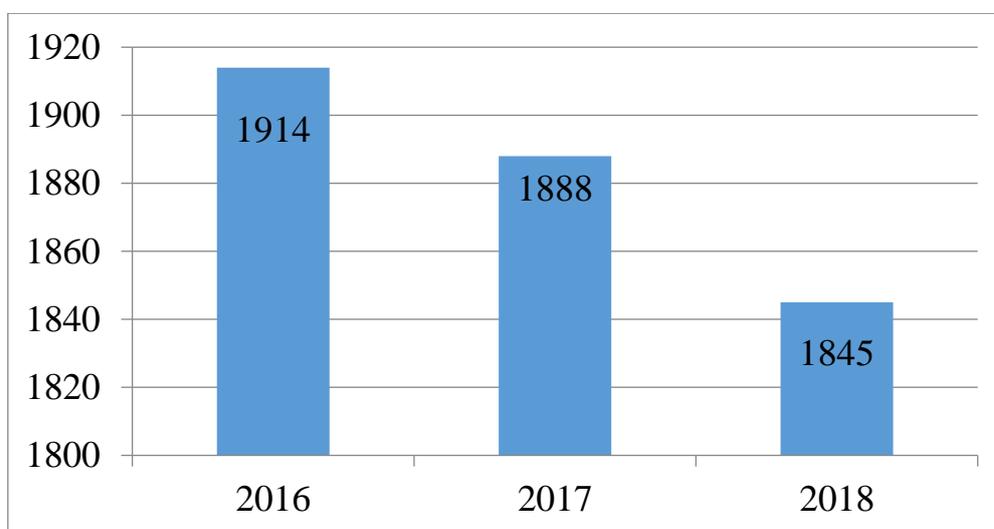


Рис. 3. Статистические показатели с 2016 по 2018 год.

Из данных показателей можно сделать вывод, что самое большое число пострадавших отмечалось в 2016 году – 1914 человек. В 2017 году – 1888 человек, число пострадавших немного снизилось. В 2018 году вновь уменьшилось число случаев и составило – 1845 человек. Но уровень травматизма остается на высоком уровне.

В 2016 году в травматологическом отделении было прооперированно 88,9% пациентов. Всего было сделано 2880 операции из них стационарных - 2432 операции, а 448 амбулаторных операции.

В 2017 году было прооперированно 89%. Операции было проведено 2647 из них стационарных – 2432 операции, а амбулаторных – 448 операции.

В 2018 году в травматологическом отделении было прооперированно 91,5% пациентов. Всего было проведена 2497 операции из них стационарных – 2136 операции, амбулаторных – 361 операции (Таб. 3).

Таблица 3

Количество операций

Наименование	2016	2017	2018
--------------	------	------	------

Процент прооперированных	88,9	89,4	91,5
Операций всего	2880	2647	2497
Стационарных операций	2432	2279	2136
Амбулаторных операций	448	368	361

На основании табличных данных и для большей наглядности построена диаграмма (Рис. 4).

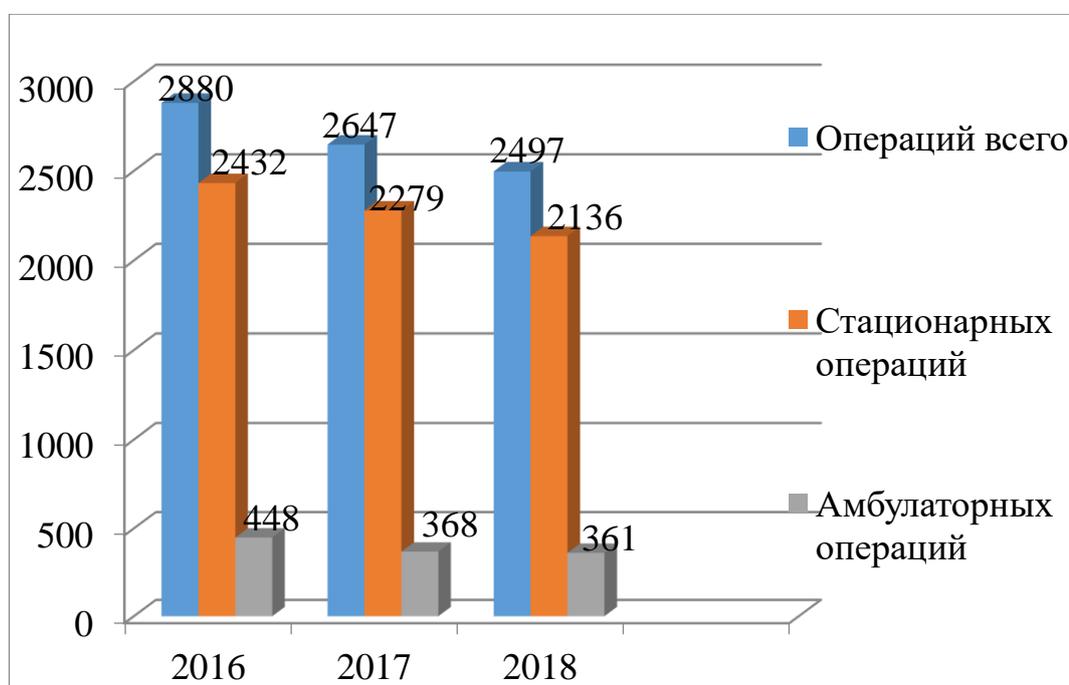


Рис. 4. Количество операций с 2016 по 2018 год.

2.3. Анализ исследования

Для исследования по теме работы нами была составлена анкета, с целью изучения особенности сестринского ухода за пациентами с травмами конечностей и определения качества оказываемых услуг.

В ходе анкетирования среди пациентов были опрошены 32 пациента травматологического отделения.

Пол пострадавших составил: 30% - это женщины, а 70% - это мужчины (Рис. 5).

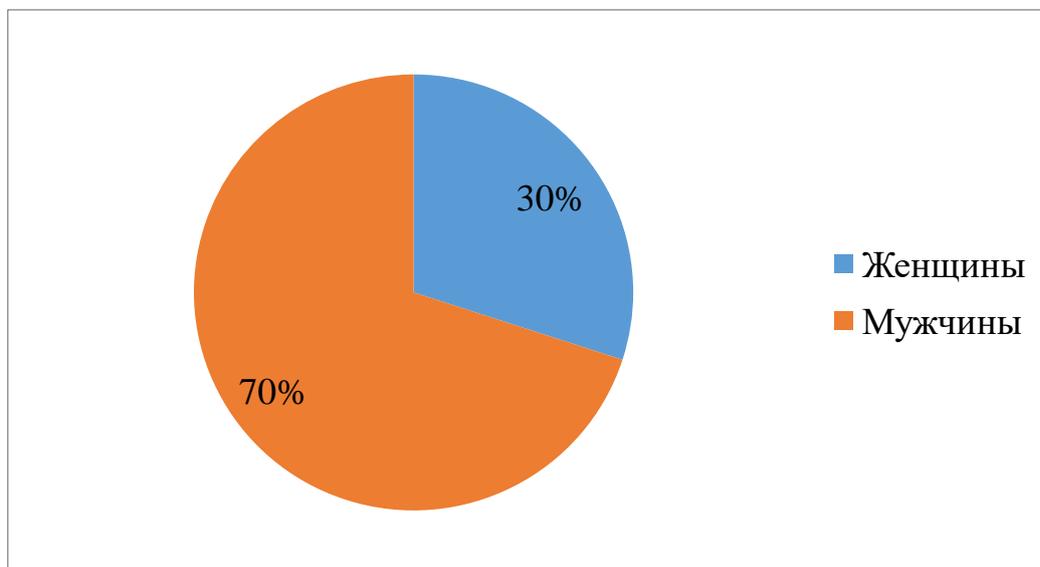


Рис. 5. Пол опрошиваемых.

Возраст респондентов составил: 18 - 29 лет – 49%; 30-39 лет – 23%; 40-49 лет – 19%; 50-59 лет – 5%; 60 лет и старше – 4% (Рис. 6).

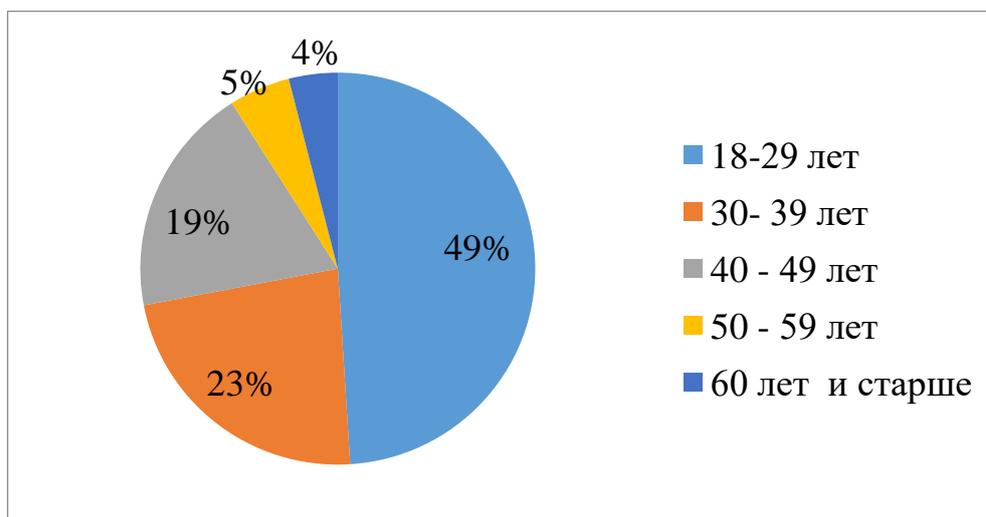


Рис. 6. Возраст респондентов.

Большинство респондентов, принявших участие в опросе, в возрасте от 18 до 29 лет.

Больше половины респондентов, принявших участие в опросе, живут в сельском местности (68%), а остальные живут в городе (32%). (Рис. 7).

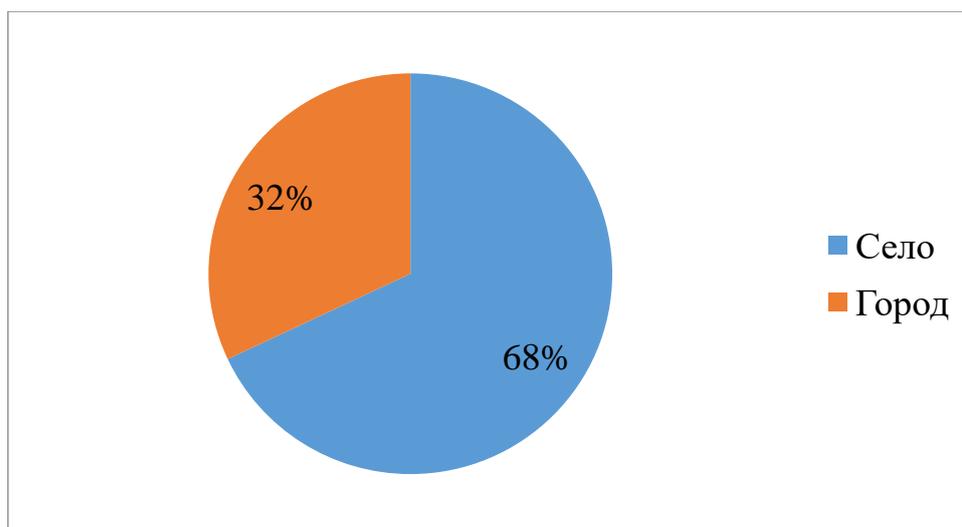


Рис. 7. Место проживания.

Исходя из исследования, мы выяснили, что 19 человек (60%) находятся на лечении до 10 дней, 12 человек (37%) находятся на лечении от 10 до 21 дня, а 1 человек (3%) более 21 дня (Рис. 8).

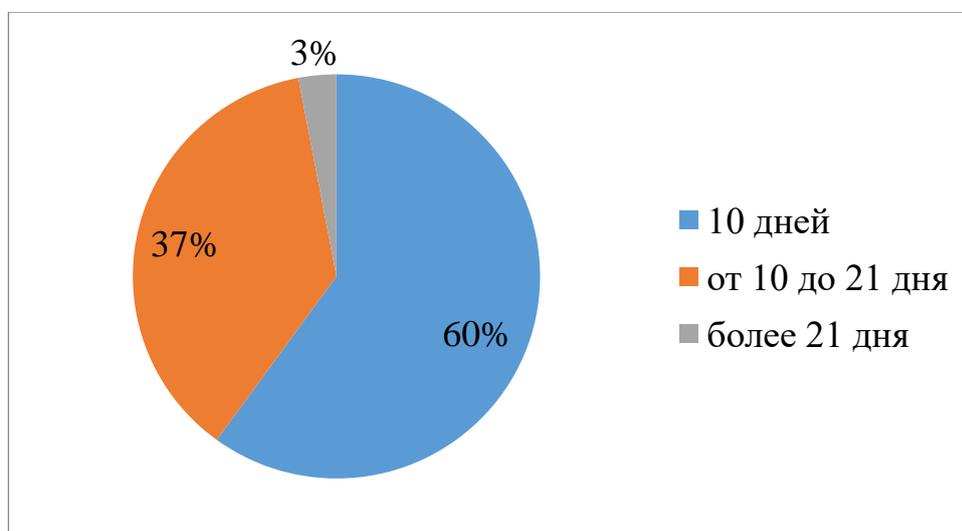


Рис. 8. Длительность лечения.

Было выявлено, что 27 (84%) опрошенных считают, что травмы влияют на качество жизни, 3 респондента – считают, что нет – 10%, и не знают – 6% (Рис. 9).

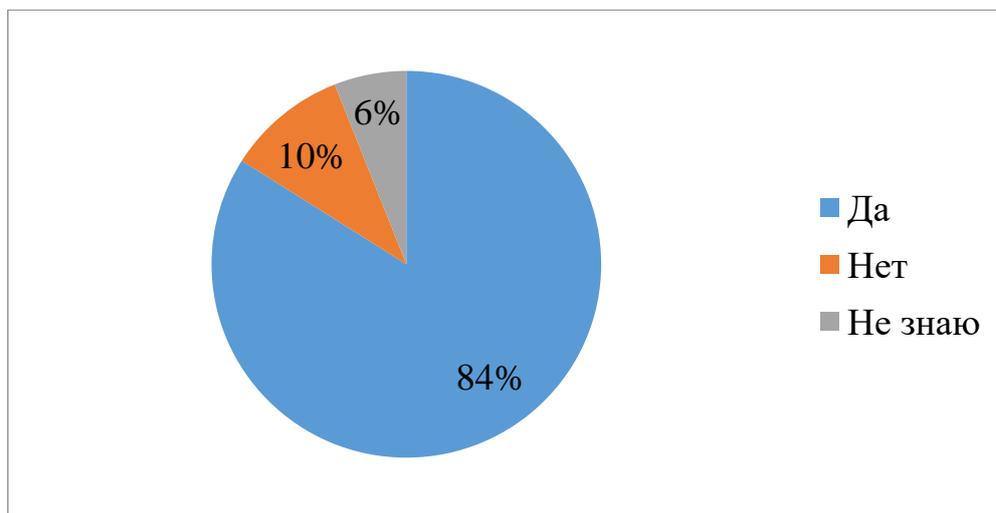


Рис. 9. Влияние травм на качество жизни.

Далее мы выяснили, что из 32 респондентов, у 10 (32%) человек были травмы конечностей в течение жизни несколько раз, а у 22 (68%) человек – впервые (Рис. 10).

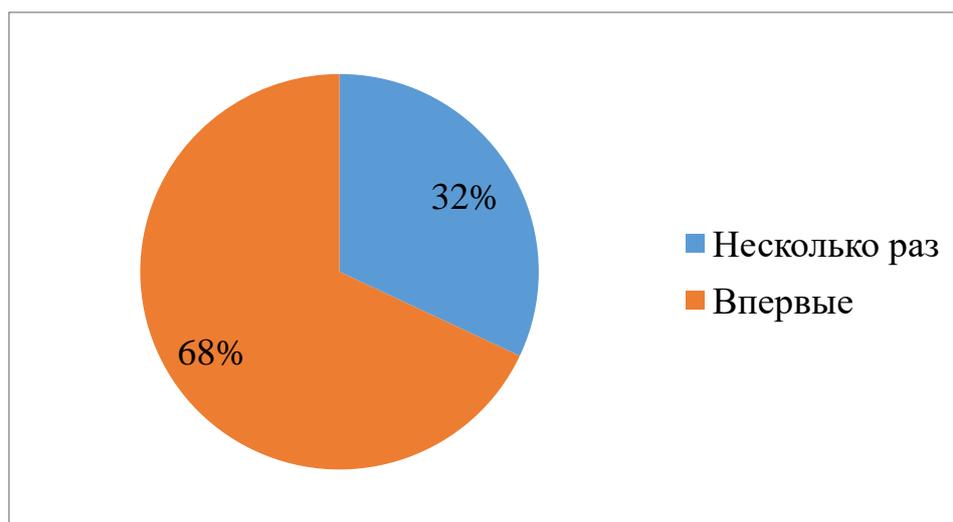


Рис. 10. Количество травм.

Таким образом, наглядно показано, что у большинства 68% пациентов впервые выявлена травма, а у 32% пациентов было несколько раз.

Далее в ходе исследования выяснили, что большинство из опрошенных считают, что медицинский персонал выполняет назначения врача своевременно – 17 (54%) человек, не всегда своевременно – 9 (28%), несвоевременно – 6 (18%) (Рис. 11).

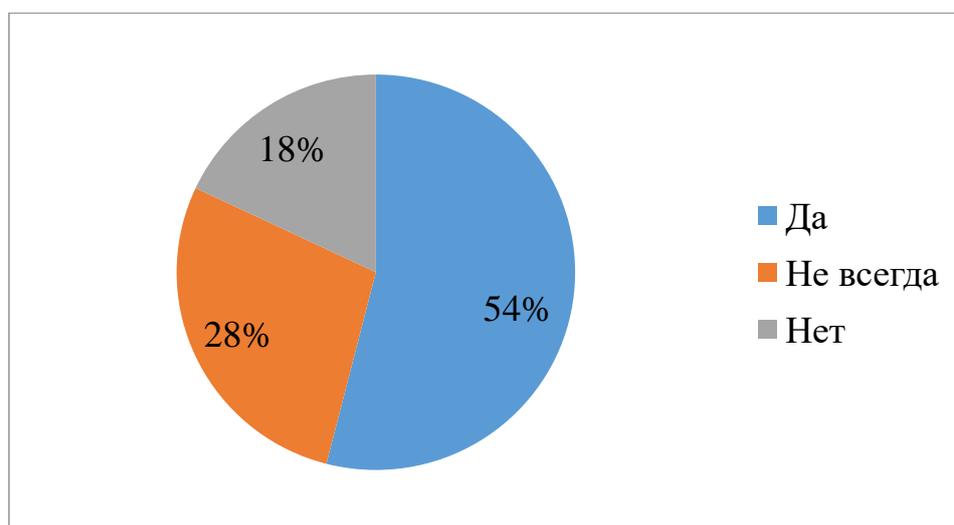


Рис. 11. Своевременность выполнения назначений врача.

На вопрос «Разъясняет ли Вам персонал условия подготовки к различным видам диагностических исследований, сбора материала для лабораторных исследований». Ответы респондентов распределились следующим образом: 25 человек ответили «да» - 79%, 5 человек ответили- «не всегда» - 18% и 2 (3%) человека ответили, что им условия подготовки не разъясняют (Рис. 12).

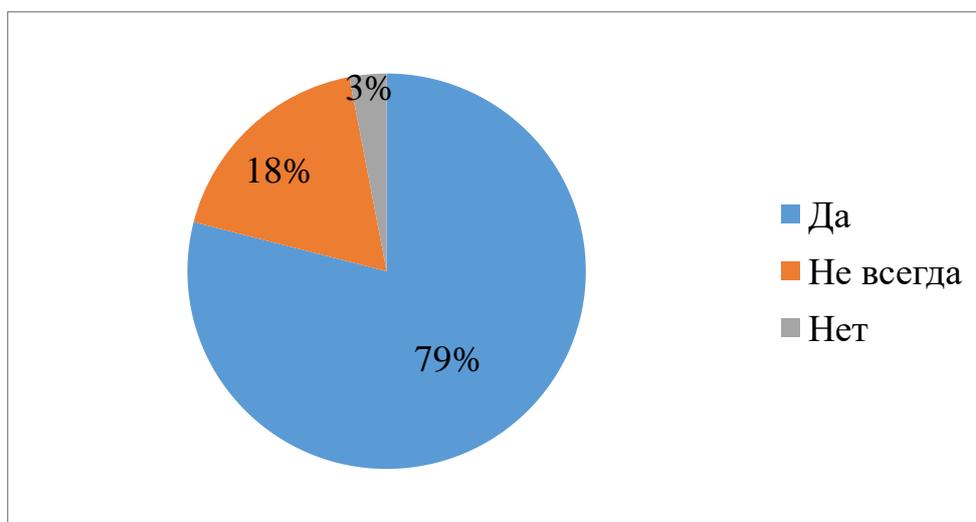


Рис. 12. Разъяснение условий подготовки к различным видам диагностических исследований.

Таким образом, наглядно показано, что медицинский персонал практически всегда разъясняет условия подготовки к различным видам исследований.

Среди опрошенных пациентов мы выяснили, что медицинские сестры проводят ежедневное измерение температуры тела, артериального давления, подсчет пульса, так считают – 25 (87%) респондентов, 6 человек (11%) респондентов считают, что не всегда проводится и 1(2%) считают, что не проводится (Рис. 13).

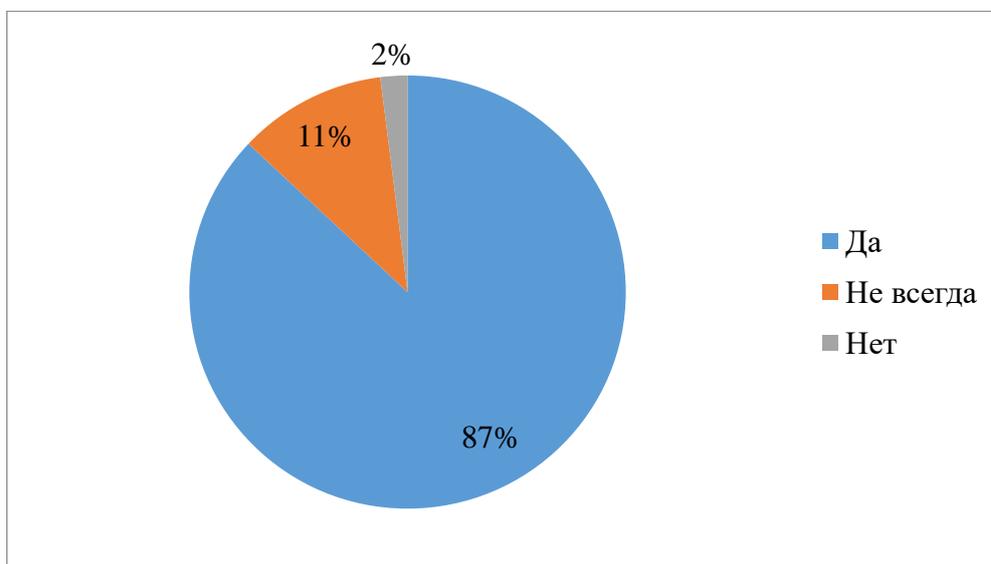


Рис. 13. Ежедневный контроль показателей.

Таким образом, мы видим, что больше половины пациентов считают, что медицинские сестры проводят ежедневный контроль, благодаря чему пациенты, имеют представление о своем состоянии.

Далее было выявлено, что 26 (83%) опрошенных считают, что медицинская сестра часто осуществляет осмотр и смену повязки; 5 (15%) респондентов – считают, что иногда; 1 (2%) считают, что осмотр и смена повязки им не проводилась (Рис. 14).

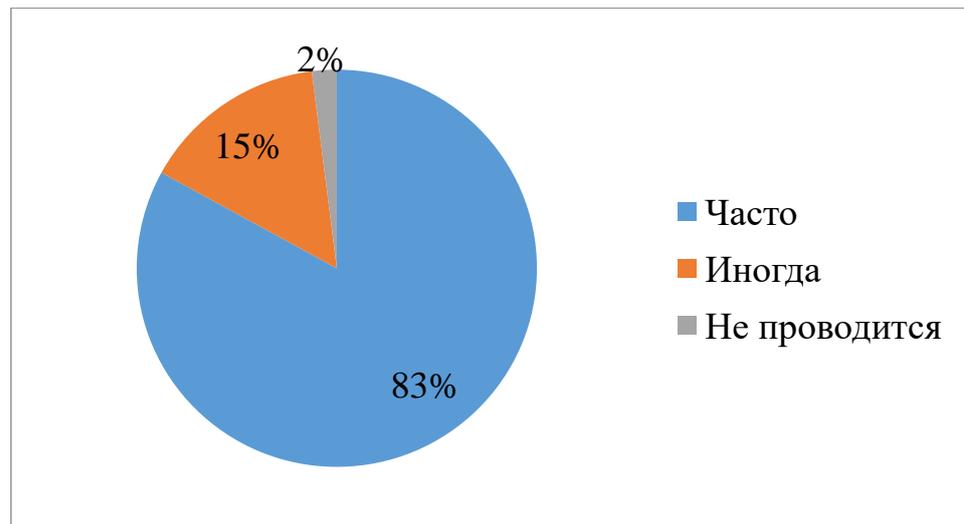


Рис. 14. Осмотр и смена повязки.

Таким образом, мы видим на данной диаграмме, что в основном осмотр и смена повязки медицинскими сестрами проводится регулярно. Это говорит о том, что большая часть медицинских сестер уделяют должное внимание пациентам.

Далее мы выяснили, что 28 (86%) респондентов были ознакомлены правилам ухода за гипсовой повязкой и поврежденной конечностью, 2 (7 %) респондентов считаю - нет, 2 (7 %) респондентов самостоятельно ознакомились (Рис. 15).

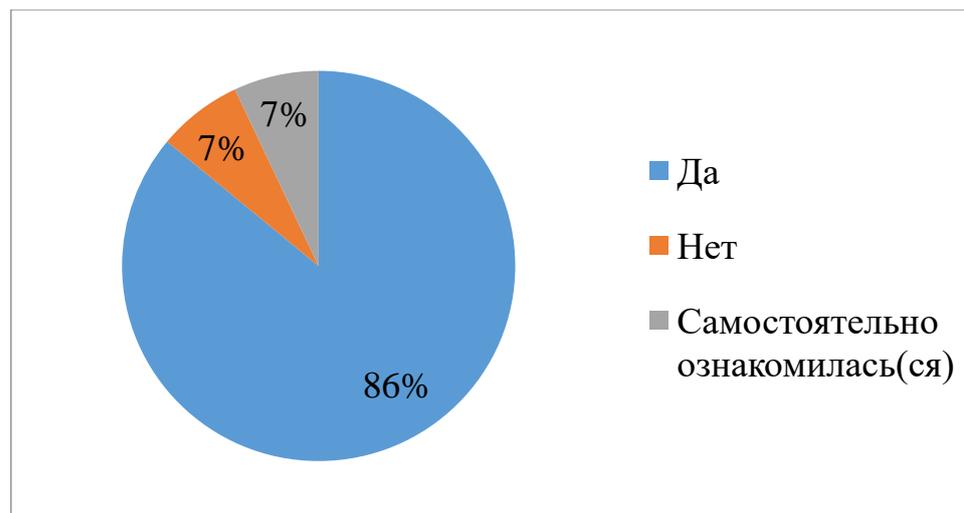


Рис. 15. Ухода за гипсовой повязкой и поврежденной конечностью.

Таким образом, мы выяснили, что 86% пациентов утверждают, что медперсонал ознакомил их с правилами ухода за гипсовой повязкой и

поврежденной конечностью, 7% пациентов утверждают, что не были ознакомлены, а 7 % пациентов сами ознакомились.

Далее было выявлено, что 26 (84%) опрошенных считают, что им проводится психологическая поддержка в отделении; 1 (2%) считают, что не проводилась; 4 (14%) респондентов – считают, что не нуждаются в ней (Рис. 16).

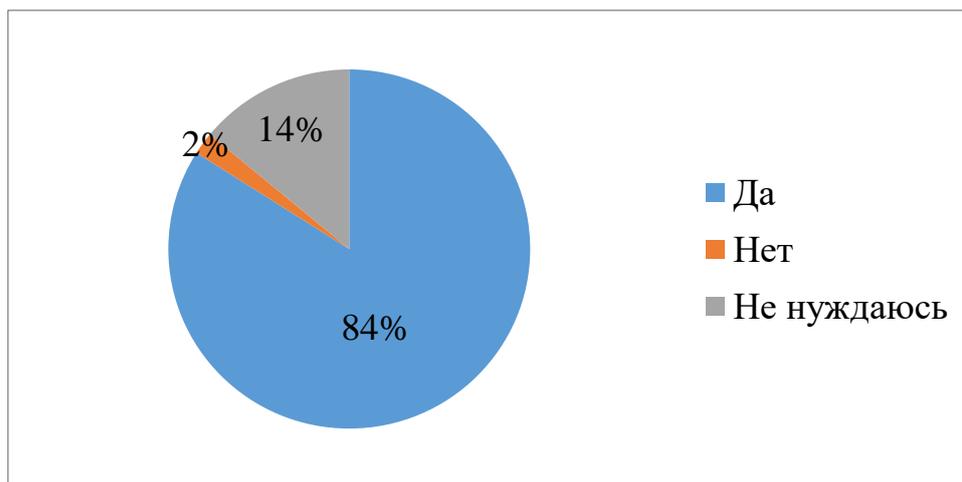


Рис. 16. Психологическая поддержка.

Из этого следует, что большей части респондентов оказывается психологическая поддержка в отделении,

Далее мы выяснили 25 (84%) респондентов считают, что, были ознакомлены с реабилитационными мероприятиями, 2 респондента считают - нет (4%), 5 (12%) респондентов самостоятельно ознакомились (Рис. 17).

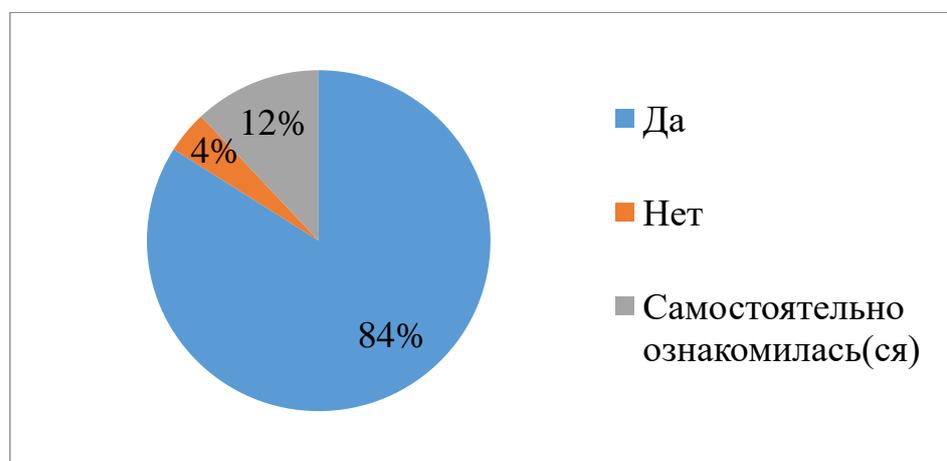


Рис. 17. Реабилитационные мероприятия.

Так большинство из опрошенных утверждают, что медперсонал ознакомил их с реабилитационными мероприятиями.

Среди опрошенных пациентов мы выяснили, что медсестры оказывают качественную медицинскую помощь, так считают - 22 (70%) анкетированных, 9 (28%) респондентов считают, что не всегда оказывают качественную помощь и 1(2%) считают, что помощь оказывается не качественно (Рис. 18).

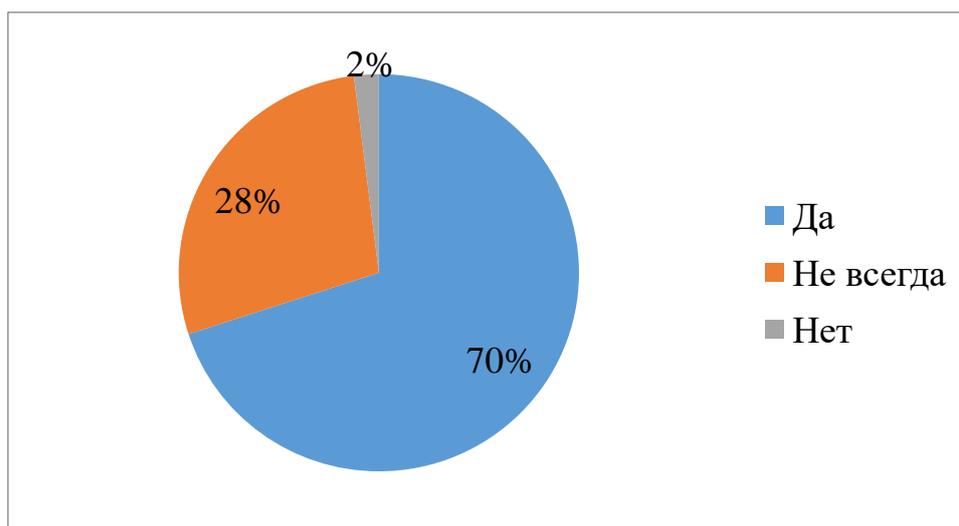


Рис. 18. Качество медицинской помощи.

Из выше перечисленного, мы наглядно видим, что большинство пациентов с травмами конечностей, считают, что сестры отделения оказывают качественную медицинскую помощь, благодаря чему, предупреждают риск развития осложнений, обеспечивается дальнейшее успешное лечение.

Далее мы предложили респондентам высказать свои предложения по улучшению качества сестринского ухода. Из 32 респондентов, 16 (50%) человек считают, что персоналу нужно больше проявлять милосердия и сострадания, а 16 (50%) человек, считают, что необходимо постоянно повышать квалификацию персонала (Рис. 19).

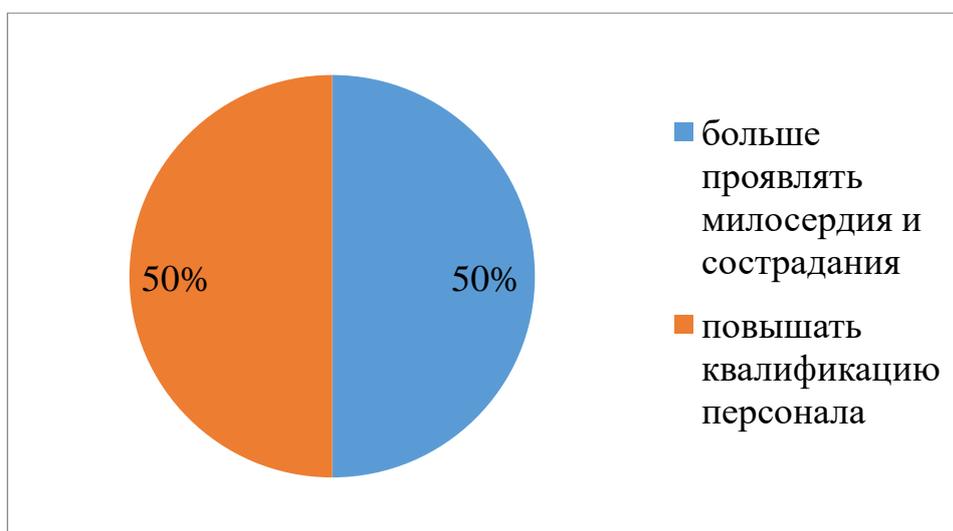


Рис. 19. Предложения по улучшению качества сестринского ухода.

Таким образом, мы выяснили, что половина опрошенных пациентов хотят, чтобы медперсонал больше проявляла милосердия и сострадания, а другая половина пациентов считает, что необходимо регулярно повышать квалификацию персонала.

На основании проведенного исследования, можно сделать выводы:

- большинство человек, принявших участие в опросе — это мужчины 70%, а остальное часть женщины 30%;
- большинство респондентов, принявших участие в опросе, в возрасте от 18 до 29 лет, 30-39 лет – 23%; 40-49 лет – 19%; 50-59 лет – 5%; 60 лет и старше – 4%;
- респонденты, принявший участие в опросе живут в сельском местности (68%), а остальные живут в городе (32%);
- 60% находятся на лечении до 10 дней, 37% находятся на лечении от 10 до 21 дня, а 3% более 21 дня;
- из 32 респондентов, у 10 (32%) человек были травмы конечностей в течение жизни несколько раз, а у 22 (68) человек – впервые;
- своевременно выполняют назначения врача составляет 54%, не всегда - 28%, несвоевременно - 18%;

- доступно излагают информацию подготовки к различным видам исследование самый высокий показатель 79%, не всегда—18%, недоступно 3%;
- проводят ежедневное измерение показателей – 87%, благодаря чему пациенты, имеют представления о своем состоянии, не всегда – 11%, не проводят – 2%;
- осуществляют часто осмотр и смену повязок – 83%, иногда - 15%, не проводится – 2%;
- знакомят с правилами ухода за гипсовой повязкой и поврежденной конечностью – 86%, не знакомят – 7%, самостоятельно ознакомились –7%;
- проводят психологическую поддержку 84% респондентам, не проводят – 2%, не нуждались – 14%;
- ознакомливают с реабилитационными мероприятиями – 84% анкетированных, не ознакомливают – 4%, самостоятельно ознакомились –12%;
- проводят качественную медицинскую помощь – 70% респондентам, не всегда – 28%, не проводят – 2%.

На основании проделанной работы нами были разработаны рекомендации (Приложение 2) для медицинских сестер по улучшению сестринского ухода за пациентами в отделении.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проблемы в оказании сестринского ухода пациентам с травмами остаются чрезвычайно актуальными. Роль медицинской сестры в уходе за пациентами с травмами конечностей выходит за рамки простого исполнения. Медицинская сестра, является неременным участником сложного лечебного процесса, поэтому она должна уметь оказывать квалификационную и тщательную помощь пациентам.

В первой части дипломной работы рассмотрены виды травм, которые сопровождают человека всю жизнь. Самыми распространенными в мире являются ушиб, растяжение, вывих, разрыв, перелом. Основными признаками травм является боль, гематома, отек, кровоизлияние, нарушение функции конечностей. Для диагностики травм используют УЗИ, МРТ, КТ, артроскопия, рентгенологическое исследование. Вовремя лечение травм используют лечебная физическая культура (ЛФК) и массаж, физиотерапия, УВЧ, УФО, сухое тепло, накладывают гипсовую повязку, тугую повязку, скелетное вытяжение, обеспечивают полный покой. Так же были проанализированы теоретические особенности сестринского ухода за пациентами с травмами.

Во второй части рассмотрена статистика, которую ведут врачи травматологического отделения. Основным процентом обратившихся пациентов приходится на травмы, возникшие в зимнее время года, а именно в гололед. По статистическим данным самый большой показатель отмечался в 2016 году, затем число пострадавших немного уменьшилось.

Во второй части так же проведено анкетирование. Мы выяснили, что медицинские сестры травматологического отделения своевременно выполняют назначения врача, доступно разъясняют информацию подготовки к различным видам исследований, проводят ежедневный контроль показателей, осуществляют осмотр и смену повязок, проводят психологическую поддержку, оказывают качественную медицинскую помощь.

Нами были разработаны рекомендации для среднего медицинского персонала отделения по улучшению оказываемой помощи, которые включают в себя: участие в обследовании пациентов, своевременно выполнять назначения врача, контролировать общее состояние пациентов, осуществлять уход за повязками, осуществлять психологическую поддержку, тем самым вселять веру в выздоровление.

В данной работе были изучены особенности сестринского ухода за пациентами с травмами конечностей, разработаны рекомендации, следовательно, можно сделать вывод, что цель и поставленные задачи выполнены.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ

1. Барыкина, Н.В. Сестринское дело в хирургии [Текст] / Н.В. Барыкина, В.Г. Зарянская. - Москва: Феникс, 2015. - 448 с.
2. Боголюбова, В.М. Руководство по медицинской реабилитации. [Текст] / В.М Боголюбова//Научное издание. – Москва: Бином, – 2015. –249 с.
3. Вязьмитина, А.В. Сестринский уход в хирургии: МДК 02.01. Сестринский уход при различных заболеваниях и состояниях [Электронный ресурс] / А.В. Вязьмитина, А.Б. Кабарухин; под ред. Б.В. Кабарухина - Ростов н/Д: Феникс, 2017. - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785222264744.html>
4. Глухов, А.А. Основы ухода за хирургическими больными [Электронный ресурс]: учебное пособие / А.А. Глухов, А.А. Андреев, В.И.Болотских - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970432167.html>
5. Грачев, С.Ю. Анализ объема и качества оказания помощи пациентам с сочетанной травмой на до госпитальных и госпитальных этапах. Скорая медицинская помощь [Текст] / С.Ю. Грачев. – Москва: Медицина, 2016. - 39 с.
6. Дмитриева, З.В. Сестринский уход в хирургии [Электронный ресурс]: учебник / З.В. Дмитриева, А.И. Теплова. - 2-е изд., исп. и доп. (эл.) изд. - СПб.: СпецЛит, 2016. - Режим доступа: <https://www.books-up.ru/ru/book/sestrinskij-uhod-v-hirurgii-6502594/>
7. Елифанов, В.А. Лечебная физическая культура и массаж: учебник [Текст]/ В.А. Елифанов. — 2-е изд., перераб. и доп. — Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2016. — 528 с.
8. Корнилов, Н.В. Травматология и ортопедия [Электронный ресурс] / Н.В. Корнилов, Э.Г. Грязнухин, К.И. Шапиро, Н.Н. Корнилов, В.И. Осташко ,

К.Г. Редько, М.П. Ломая. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970430859.html>

9. Кулешова, Л.И. Основы сестринского дела: курс лекций, сестринские технологии [Электронный ресурс]: учебник / Л.И. Кулешова, Е.В. Пустоветова; под ред. В.В. Морозова. - Изд. 3-е. - Ростов н/Д: Феникс, 2018. - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785222297490.html>

10. Милич, М.В. Учебное пособие по специальному уходу за больными [Текст] / М. В. Милич, С.Н. Лапченко, В.И. Поздняков. - Москва: Медицина, 2016. - 360 с.

11. Мироманов, А.М. Травматология и ортопедия: методические рекомендации [Текст]/ А.М. Мироманов, О.Б. Миронова, В.В. Доржеев. - Чита: ЧГМА, 2016. - 96 с.

12. Обуховец, Т.П. Сестринское дело и сестринский уход [Текст] / Т.П.Обуховец – Москва: КноРус, 2016. - 415 с.

13. Пауков, В.С. Патологическая анатомия и патологическая физиология [Электронный ресурс] / В.С. Пауков, П.Ф. Литвицкий - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 256 с. - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970442456.html>

14. Петрова, Н.Г. Организационные основы сестринского дела в реабилитации: учебное пособие [Текст] / Н. Г. Петрова, С.А. Калинина, Т.И. Миннулин, Б.В. Эпельман. - Санкт-Петербург: СпецЛит, 2016. - 119 с.

15. Пряхин, В.Ф. Сестринский уход при хирургических заболеваниях: учебник [Текст] / В.Ф. Пряхин, В.С. Грошилин.- Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 189 с.

16. Феличано, Д. В. Травма [Текст] / Д.В. Феличано, К.Л. Маттокса, Э.Е. Мура – Москва: Бином, 2014. – 1243с.

17. Шумилкин, В.Р. Алгоритмы для медсестер: учебное пособие [Текст] / В.Р. Шумилкин, Н.И. Нузданова. – Санкт-Петербург: Фолиант, 2017. - 112 с.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Анонимная анкета пациента

1. Укажите, пожалуйста, свой пол:

1) мужской 2) женский

2. Ваш возраст:

1) 18 - 29 лет

2) 30-39 лет

3) 40-49 лет

4) 50-59 лет

5) 60 лет и старше

3. Место проживания

1) село

2) город

4. Как долго Вы находитесь на лечении в травматологическом отделении?

1) до 10 дней

2) 10-21 день

3) более 21 дня

5. Как Вы считаете, влияют ли травмы верхних и нижних конечностей на качество жизни?

1) да

2) нет

3) не знаю

6) Часто ли у Вас были травмы конечностей?

1) несколько раз

2) впервые

7. По Вашему мнению, своевременно ли выполняются назначения врача средним медицинским персоналом?

1) да

2) не всегда

3) нет

8. Разъясняют ли Вам персонал условия подготовки к различным видам диагностических исследований, сбором материала для лабораторных исследований?

- 1) да
- 2) не всегда
- 3) нет

9. Проводят ли медицинские сестры ежедневное измерение температуры тела, артериального давления, подсчет пульса?

- 1) да
- 2) не всегда
- 3) нет

10. Как часто осуществляется осмотр и смена повязки медицинскими сестрами?

- 1) часто
- 2) иногда
- 3) не проводится

11. Ознакомил ли Вас персонал с правилами ухода за гипсовой повязкой и поврежденной конечностью?

- 1) да
- 2) нет
- 3) самостоятельно ознакомилась(ся)

12. Как Вы считаете, проводится ли Вам психологическая поддержка в отделении?

- 1) да
- 2) нет
- 3) не нуждаюсь

13. Ознакомил ли Вас медицинский персонал с реабилитационными мероприятиями:

- 1) да
- 2) нет

3) самостоятельно ознакомилась(ся)

14. По Вашему мнению, проводят ли Вам сестры отделения качественную медицинскую помощь?

1) да

2) не всегда

3) нет

15. Что, по Вашему мнению, необходимо улучшить при оказании ухода за Вами?

1) больше проявлять милосердия и сострадания

2) повышать квалификацию персонала

3) _____

(свой вариант ответа)

Рекомендации для медицинских сестер отделения:

- обеспечение личной гигиены (своевременная подача судна, утренний туалет, мытье пациента в ванной);
- соблюдение режима питания и приема медикаментов;
- постановка обезболивающих инъекций в случае острой боли;
- для предотвращения пролежней нужно часто менять положения тела в постели;
- при появлении покраснений на коже поясницы или копчика, под эти области необходимо подложить резиновый круг, проблемные участки следует обработать спиртом или тальком;
- пациенту нужен регулярный лечебный массаж, повороты тела в постели;
- приступать к занятиям ЛФК, можно только в том случае, когда это позволяет врач, и он назначает определенный комплекс упражнений для восстановления физической активности;
- многократное и упорное выполнение тренировок, помогает предотвратить развитие многих осложнений, среди которых тромбофлебит и атрофия мышц. Для предотвращения застойной пневмонией, применяется дыхательной гимнастики: глубокие вдохи с задержкой дыхания;
- лежачим пациента часто требуется психологическая поддержка, которую должен оказать медицинская сестра отделение;
- в помещении, где лежит пациент, должно быть достаточно тепло, проветрено и уютно;
- выполнять свои должностные обязанности вовремя и неукоснительно.