

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

МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ  
МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ

**ЦМК сестринского дела**

**ЗНАЧЕНИЕ СЕСТРИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В ПРОФИЛАКТИКЕ  
ХОЛЕЦИСТИТА**

**Дипломная работа студента**

**очной формы обучения  
специальности 34.02.01 Сестринское дело  
4 курса группы 03051504  
Рожкова Богдана Эдуардовича**

Научный руководитель  
преподаватель Дроздовская Е.В.

врач – хирург,  
ОГБУЗ «Городская поликлиника  
г. Белгорода»,  
поликлиническое отделение №1  
Красюков Ю.В.

БЕЛГОРОД 2019

## ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ .....	3
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ СЕСТРИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В ПРОФИЛАКТИКЕ ХОЛЕЦИСТИТА .....	5
1.1. Определение, классификация, этиология и патогенез холецистита.....	5
1.2. Факторы риска, клиника, лечение холецистита.....	8
1.3. Профилактика, ЛФК и сестринский уход при холецистите.....	12
ГЛАВА 2. ПРАКТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ СЕСТРИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В ПРОФИЛАКТИКЕ ХОЛЕЦИСТИТА .....	24
2.1. Методика исследования .....	24
2.2. Результаты собственного исследования.....	24
2.3. Рекомендации медицинским сестрам при организации профилактической деятельности при холецистите .....	34
ЗАКЛЮЧЕНИЕ .....	36
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ.....	37
ПРИЛОЖЕНИЕ .....	39

## ВВЕДЕНИЕ

**Актуальность нашего исследования** обусловлена тем, что проблема холецистита является одной из актуальных в настоящее время, заболевание занимает ведущее второе место среди патологии желудочно-кишечного тракта. В большинстве случаев он наблюдается у женщин после 40 лет. В последние годы отмечается неуклонный рост заболеваемости холециститом во всем мире, обусловлено это неправильным питанием, малоподвижным образом жизни, эндокринными нарушениями в организме, плохой экологией и другими факторами [2].

Холецистит - воспалительное заболевание желчного пузыря, сочетающееся с функциональными нарушениями (дискинезиями желчного пузыря и сфинктерного аппарата желчевыводящих путей) и изменениями физико - химических свойств желчи [2].

Хронический холецистит встречается не так часто как острый, но при этом он представляет не меньшую опасность. Воспалительный процесс проявляется атипичным составом желчи и наличием патогенных микроорганизмов в желчном пузыре, камни при хроническом холецистите не образуются, но процесс перехода от хронического заболевания к острому, трудно контролируем, поэтому большое внимание уделяется профилактике данной патологии. И в связи с вышесказанным возрастает доля участия медицинской сестры в профилактике холецистита.

«Основная цель профилактической медицины - разработка и внедрение технологий сохранения здоровья человека и предупреждения развития заболеваний и патологических состояний, а также предупреждение развития обострений и осложнений в условиях уже развившихся заболеваний и патологических состояний» [5].

Руководствуясь вышесказанным была определена цель и задачи нашего исследования.

**Цель исследования:** выявить и изучить значение сестринской деятельности в профилактике холецистита.

**Задачи исследования:**

1. Изучить теоретические аспекты холецистита: этиопатогенез, клиническая картина, осложнения, диагностические и лечебные мероприятия, профилактику болезни.

2. Рассмотреть подходы к профилактике холециститов.

3. Провести анкетирование пациентов с холециститами, по итогам проведенного анкетирования разработать рекомендации медицинским сестрам, участвующим в организации профилактики холециститов.

**Объект исследования:** пациенты с холециститами.

**Предмет исследования:** профилактическая деятельность медицинских сестер при холециститах.

**Методы исследования**

- научно-теоретический анализ медицинской литературы по данной теме;  
- биографический (анализ анамнестических сведений, изучение медицинской документации);

- психодиагностический (беседа);

- эмпирический - наблюдение, дополнительные методы исследования:

- организационный (сравнительный, комплексный) метод;

- субъективный метод клинического обследования пациента (сбор анамнеза);

- объективные методы обследования пациента (физикальные, инструментальные, лабораторные).

**База исследования:** ОГБУЗ «Городская больница №2 города Белгорода»

**Время исследования:** 2018-2019 гг.

# ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ СЕСТРИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В ПРОФИЛАКТИКЕ ХОЛЕЦИСТИТА

## 1.1. Определение, классификация, этиология и патогенез холецистита

«Печень расположена в брюшной полости под правым куполом диафрагмы, весит около 1,5 кг. В норме выступает из-под реберного края только в подложечной области. В ней различают верхнюю и нижнюю поверхности, а также четыре доли: левую, правую, квадратную и хвостатую. Нижняя поверхность имеет два продольных и один поперечное углубление, где находится желчный пузырь.

Желчный пузырь имеет один общий желчный проток, по которому желчь в него поступает из печени и выходит в двенадцатиперстную кишку.

В печени между печеночными клетками проходят желчные капилляры, а между печеночными балками (группы печеночных клеток, соединенных между собой) в межуточной (соединительной) ткани проходят разветвления печеночной артерии и воротной вены, из капилляров которых кровь собирается в центральную, печеночную и нижнюю полую вены.

Желчь, секрет печени, - зеленоватого цвета, чрезвычайно горького вкуса, состоит из желчных кислот, желчных пигментов, холестерина. Желчь вырабатывается непрерывно (около 1 л/сут) для эмульгирования жиров. Она способствует кишечной перистальтике и выделению сока поджелудочной железы.

Желчный пигмент, билирубин, восстанавливается в кишечнике под влиянием кишечных бактерий в гидробилирубин (стеркобилин, уробилиноген), который частично выводится из организма с калом. Другая его часть всасывается обратно в кровь и идет в печень, где превращается в билирубин.

Функции: секреторная - образование и выделение желчи, обменная, кроветворная и барьерная. Печень участвует в образовании компонентов свертывающей системы крови (фибриногена и протромбина)» [9].

«По последним статистическим данным заболеваемость холециститами составляет 17-19%, в индустриально развитых странах — до 20%, и имеет тенденцию к увеличению каждое десятилетие.

В России заболеваемость данной патологией составляет 12%. Несмотря на тенденцию к «омоложению» заболеваний, на выявленные случаи заболеваемости холециститом у детей и лиц мужского пола, возрастной «пик» заболеваемости приходится на возраст 41-60 лет с преобладанием женщин в 3-4 раза. После 70 лет половые различия в заболеваемости исчезают, заболеваемость постепенно увеличивается и достигает 30-40%» [9].

«Статистические наблюдения отмечают четкую тенденцию к росту случаев хронического холецистита во всех странах мира, хотя ее распространенность неодинакова в различных регионах.

В западной Европе 10-15% страдают хроническим холециститом, а в Швеции свыше 30%. Франция, Италия, Великобритания по распространенности хронического холецистита занимают промежуточное положение (8,10, 25% соответственно). Самая низкая распространенность ХХ в Ирландии (5%)» [9].

Наиболее частые причины хронического холецистита:

Бактериальная инфекция (кишечная палочка, энтерококки, протей, стрептококки, стафилококки и др.) и реже — вирусная;

Паразитарная инвазия (описторхоз, лямблии, клонорхоз и др.);

Грибковые поражение (актиномикоз и др.).

Обычно воспалительный процесс при холецистите начинается с застоя желчи в желчном пузыре. Желчь является одной из самых агрессивных жидкостей в организме, поэтому застойные явления рано или поздно приводят к воспалительным процессам в стенке органа [11].

Важно вовремя заметить симптомы воспаления, а ещё лучше — предупредить застойные явления. Как правило, застой желчи обусловлен

нарушением сократимости жёлчного пузыря и недостаточным оттоком желчи, т.е. дискинезией желчевыводящих путей.

«Острый холецистит - острое воспаление желчного пузыря» [2].

«Инфекция (кишечная палочка, стафилококк, энтерококки, синегнойная палочка, лямблии, описторхии и др.) в желчный пузырь проникает гемато-, лимфогенным и ретроградным (восходящим) путем» [9].

«Основные причины острого холецистита:

- повышение литогенности желчи;
- желчнокаменная болезнь;
- холедохолитиаз;
- лимфогенное, гематогенное или контактное инфицирование желчного пузыря в условиях стойкого нарушения моторики либо васкуляризации желчного пузыря, желчевыводящих путей и двенадцатиперстной кишки» [2].

Острый холецистит преимущественно развивается у женщин.

«В результате нарушения оттока желчь первично повреждает стенку желчного пузыря, его слизистую оболочку, что способствует присоединению инфекции.

Наиболее частыми причинами нарушения оттока желчи служат ущемление желчного камня в шейке желчного пузыря или пузырьном протоке, закупорка общего желчного протока камнем, а также патологические процессы в преампулярной части пузыря.

Большое значение имеет быстрое всасывание «холатов» из пузырьной желчи, в результате снижается ее бактерицидность, а также повреждение слизистой оболочки пузыря панкреатическим соком при его забрасывании из двенадцатиперстной кишки» [9].

«Классификация. Острый холецистит подразделяют на:

- катаральный;
- флегмонозный;
- гангренозный;
- гнойный.

Среди осложненных форм острого холецистита выделяют:

- деструктивный холецистит (наиболее часто калькулезный);
- околопузырный абсцесс;
- эмпиему желчного пузыря;
- перитонит» [2].

## **1.2. Факторы риска, клиника, лечение холецистита**

«Клиническая картина. Наиболее специфичный симптом острого холецистита - острая и сильная приступообразная или постоянная боль в правом подреберье, нередко иррадиирующая в правое плечо, лопатку, правую надключичную область и нижнюю челюсть. Боль не уменьшается с течением времени и часто сопровождается беспокойным поведением пациента, пытающегося найти позу, облегчающую страдание.

Нередко при остром холецистите развиваются тошнота и рвота, повышается температура тела.

Возможные осложнения

Острый холецистит может осложниться:

- холедохолитиазом с обструкцией общего желчного протока и развитием острого холангита, симптомами которого является триада Шарко (боль в правом подреберье, фебрильная температура и желтуха);
- гангрой желчного пузыря (может развиваться и у пациентов без желчнокаменной болезни);
- развитием перитонита» [2].

«Клиническая картина зависит от формы воспаления желчного пузыря (катаральный, флегмонозный, гангренозный),

степени тяжести течения (легкая, средняя, тяжелая),

осложнений (острый холангит, перфорация желчного пузыря с развитием перитонита, пенетрация с развитием сращений с соседними органами).



Начало острое, характерно появление острых, нестерпимых болей в правом подреберье, часто с иррадиацией и зонами гиперестезии в спину, правую надключичную область, иногда в подвздошную область и поясницу, может быть тошнота и рвота.

При пальпации - резкая болезненность в области желчного пузыря и правой надключичной области.

Характерны признаки общей интоксикации: повышение температуры тела, головная боль, сердцебиение, снижение АД. Язык сухой, обложен налетом. Живот несколько вздут, в акте дыхания участвует слабо или не участвует. Определяют выраженную болезненность и напряжение в правом подреберье, резко положительны желчно-пузырные симптомы (Кера, Мерфи, Ортнера и др.) и нередко симптом Щеткина, что требует немедленной консультации хирурга.

Печень увеличена в размерах, болезненна при пальпации»[9].

«Диагностика. Опрос и осмотр. При осмотре у больного выявляют:

- сухой с желтым налетом язык;
- локальную болезненность в правом подреберье с напряжением мышц и усилением боли на вдохе во время глубокой пальпации живота;

— положительные симптомы:

1. Ортнера (появление боли при поколачивании ребром ладони по правой реберной дуге);

2. Мерфи (усиление боли при пальпации желчного пузыря в момент глубокого вдоха);

3. диафрагмального нерва (болезненность в правой надключичной области между ножками грудино-ключично-сосцевидной мышцы);

- признаки местного раздражения брюшины;
- иногда при глубокой пальпации живота - увеличенный болезненный желчный пузырь» [2].

«Оценку тяжести холецистита проводят с учетом воспалительных изменений в крови (лейкоцитоз, увеличение СОЭ, С-реактивный белок,

повышение содержания билирубина, активности АЛТ, АСТ, щелочной фосфатазы).

Проблемы пациента: боль в правом подреберье, тошнота, рвота, головная боль, гипертермия, слабость»[9].

«Дифференциальная диагностика

Проводится с прободением язвы двенадцатиперстной кишки, аппендицитом, панкреатитом, задним инфарктом миокарда» [2].

«Основными инструментами для выявления острых гепатобилиарных заболеваний являются: УЗИ, гепатобилиарная сцинтиграфия иминодиуксусной кислотой (HIDA-сканирование, или холесцинтиграфия), компьютерная томография и эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (ЭРХПГ).

УЗИ наиболее чувствительно при обнаружении конкрементов в желчном пузыре, тогда как метод HIDA, по данным исследователей, более чувствителен при определении острого холецистита. Однако по некоторым данным неотложное УЗИ желчного пузыря может оказаться столь же полезным при обнаружении острого холецистита, как и HIDA-сканирование» [10].

«Классическое представление о пациенте с желчной коликой — это страдающая ожирением женщина детородного возраста с коликообразными болями в правом подреберье, которые рецидивируют вскоре после употребления жирной пищи.

Хотя конкременты в желчном пузыре чаще встречаются у молодых повторнородящих женщин, чем у молодых мужчин, это соотношение колеблется с возрастом. У пожилых пациентов боль не нарастает и не уменьшается после еды, а постоянна и возникает в основном ночью в одни и те же часы, продолжаясь в среднем 1–4 часа» [10].

«Физиологические исследования, проведенные на больных, проходивших холецистэктомию, позволили прийти к выводу, что большинство пациентов с желчнокаменной болезнью испытывают дискомфорт «под ложечкой» или диспепсию при механической стимуляции желчного пузыря.

На самом деле, некоторым пациентам кажется что симптомы, как правило, не мигрируют в правый верхний квадрант, пока воспаление желчного пузыря не приводит к раздражению брюшины.

Пациенты, у которых боль локализована в правой части тела, могут поступать с жалобами на боли в правом боку, в плече или груди.

Исчезновение симптомов, отсутствие лихорадки и общее улучшение состояния пациента могут сделать сомнительным диагноз «желчная колика» и заставить врача исключить необходимость визуализации желчного пузыря. Однако большинство пациентов, которые обращаются в отделение неотложной помощи, отмечают симптомы лишь в течение некоторого времени.

В этих случаях срочное УЗИ может ускорить диагностику, сосредоточить усилия врача и оптимизировать использование ресурсов» [10].

#### «Основные направления терапии

При остром холецистите показаны:

- спазмолитики/анальгетики (спазган, новиган, парацетамол, дротаверин);
- антиэметики (метоклопрамид - реглан, церукал);
- инфузия 400-800 мл 5% раствора декстрозы, 400 мл гемодеза в случае:
  - деструктивного холецистита с развитием острого живота;
  - выраженной интоксикации;
  - высокой температуры тела, особенно у детей, пожилых и ослабленных больных.

Медикаментозное лечение включает антибиотики - макролиды (китазамицин, азитромицин), цефалоспорины (цефотаксим (клафоран), цефтриаксон (роцефин)), зубиотики - Ко-тримоксазол (сульфаметоксазол и Триметоприм) (Бисептол), беталактам, а также их сочетания. При отсутствии антибиотиков нового поколения могут быть назначены хлорамфеникол (левомицетин), канамицин, рифампицин и др.

Одновременно назначают спазмолитики (атропин, папаверин, дротаверин (но-шпа)), проводят дезинтоксикационную инфузионную терапию» [2].

«Желчегонные средства Фестал по 1—2 таблетки 3 раза в день после еды. Дигестал по 1 таблетке — 3 раза в день после еды.

Это ферментно-желчегонные средства. Другие желчегонные — циквалон по 0,1 г 3 раза в день. Никодин по 0,5 г 3 раза в день, фламин и др.

Малые транквилизаторы (при наличии дискинезий). Оксазепам (тазепам, нозепам) по 10 мг 2 раза в день. Гидрохолеретики. Минеральные воды: «Эссентуки № 17», «Джержмук», «Ижевская», «Нафтуса», «Арзни», «Славяновская». Принимают их за 20—30 мин до еды по 1/2 стакана 3—4 раза в день после стихания воспалительного процесса.

Препараты, стимулирующие желчеотделение: ксилит, сорбит, магния сульфат; холинолитики — олиметин по 2 капсулы 3 раза в день до еды.

Физиотерапевтическое лечение проводится после стихания воспалительного процесса.

Санаторно-курортное лечение. Проводится только в период ремиссии. Пациенты направляются в Эссентуки, Железноводск, Боржоми. Направляют в санатории пациентов с некалькулезным хроническим холециститом» [11].

«Часто встречающиеся ошибки терапии

Введение опиоидных анальгетиков, особенно морфина и тримеперидина (промедола).

Показания к госпитализации

Пациента с острым холециститом необходимо госпитализировать в хирургическое отделение.

Все больные подлежат госпитализации в хирургическое отделение (при осложненном остром холецистите на носилках)» [2].

### **1.3. Профилактика, ЛФК и сестринский уход при холецистите**

«Профилактическая медицина - составная часть медицинской науки и практики.

ВОЗ дает следующее определение: здоровье - «состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней или физических дефектов» (Устав ВОЗ, 1946), т.е. здоровье - состояние, позволяющее индивидууму жить полноценно, испытывая душевное, физическое и социальное благополучие.

В соответствии с решаемыми задачами выделяют профилактику первичную, вторичную и третичную.

Первичная профилактика - комплекс мероприятий, направленных на выявление факторов риска у здоровых людей и предупреждение развития заболеваний и патологических состояний.

Факторы риска влияют на здоровье отрицательно, способствуя возникновению и развитию болезней; из них выделяют следующие:

— негативно влияющие на представителей общественной группы (население в целом, производственный или детский организованный коллектив, семья) и способные вызвать подъем заболеваемости;

— влияющие на конкретного человека и его здоровье.

Так, по данным ВОЗ, в 2012 г. порядка 7 млн. человек умерли из-за загрязнения воздуха (каждый восьмой из общего числа умерших). Этот показатель подтверждает, что в настоящее время загрязнение воздуха - самый крупный в мире экологический риск для здоровья» [5].

«Вторичная профилактика - комплекс медицинских, социальных, санитарно-гигиенических и психологических мер, направленных на раннее выявление заболеваний, предупреждение обострений, осложнений и хронизации патологического процесса, а также инвалидизации и преждевременной смертности.

Третичная профилактика - реабилитация (восстановление здоровья), включающая комплекс медицинских, психологических, педагогических, социальных мероприятий, направленных на устранение или компенсацию ограничений жизнедеятельности, создание условий для оптимального обеспечения жизнедеятельности больных и инвалидов.

Таким образом, цель и содержание профилактических мероприятий зависят от состояния здоровья пациента, наличия у него факторов риска развития заболевания или уже развившихся болезни, осложнений, нарушений функций органов и систем» [5].

«По направленности проведения профилактических мероприятий медицинская профилактика может характеризоваться как:

- индивидуальная: профилактическая работа с отдельными пациентами;
- групповая: работа с группами лиц со сходными проблемами, факторами риска, симптомами или заболеваниями (целевые группы);
- популяционная (массовая): профилактические мероприятия с большими группами населения или с населением в целом.

Популяционный уровень профилактики включает реализацию программ здравоохранения муниципального, регионального или федерального уровня, а также проведение массовых кампаний, направленных на укрепление здоровья и профилактику заболеваний: вакцинация против гриппа, «День здорового сердца», «День здорового ребенка» и т.д.

Профилактическая работа всегда строится по плану. Обязательно формулируются цель и ожидаемый результат профилактической работы, обозначаются направления работы, планируется комплекс мероприятий по достижению целей (в соответствии с направлениями работы), назначаются ответственные лица» [5].

«Для общественно значимых проблем разрабатывают и внедряют профилактические программы. Каждая из них - систематизированное изложение основных целей, задач, направлений деятельности по профилактике заболеваемости, сохранению и укреплению здоровья.

Профилактические программы могут быть общими или целевыми, включают обоснование и перечень мероприятий по реализации поставленных задач, сроки и условия реализации, исполнителей, ресурсную потребность, ожидаемый результат, а также системы управления, контроля и оценки» [5].

«Многочисленные специальные исследования, посвященные влиянию мышечной (двигательной) деятельности на течение болезней и патологических изменений, значительно обогатили представления о сущности лечебного действия физических упражнений и методах их наиболее эффективного терапевтического применения. Эти работы в их совокупности позволили в свете представлений о сущности и патогенезе болезней обнаружить основные механизмы лечебного действия физических упражнений.

Последние оказывают на организм тонизирующее (стимулирующее), трофическое, компенсаторное и нормализующее действие» [6].

«Средства ЛФК при холецистите способствуют нормализации деятельности нервной системы с общетонизирующим воздействием на нервно-психическую сферу больного и обмен веществ, оздоровлением и укреплением всего организма, улучшением кровообращения в брюшной полости, тренировкой полного дыхания, уменьшением застойных явлений и снятием спастических явлений в желчных протоках, увеличением подвижности диафрагмы (основного регулятора внутрибрюшного давления), укреплением мышц брюшного пресса, усилением оттока желчи в двенадцатиперстную кишку» [7].

Противопоказания и показания. «В период обострения заболевания: при высокой температуре, сильных болях, выраженных диспепсических расстройствах, высоком лейкоцитозе, повышенной СОЭ ЛФК не назначают.

ЛФК противопоказана в первые 2-3 дня после купирования приступа неосложненного калькулезного холецистита.

При снижении температуры до субфебрильных цифр, положительной динамике СОЭ, лейкоцитоза, удовлетворительном общем состоянии, уменьшении болей, ликвидации диспепсических расстройств больной может начинать заниматься ЛФК» [7].

«В процедуры лечебной гимнастики включаются специальные физические упражнения: наклоны в стороны и вперед, повороты туловища с последующим наклоном, круговые движения туловища в сочетании с

движениями рук, упражнения для мышц брюшного пресса, дыхательные упражнения с акцентом на диафрагму (исходное положение лежа на левом боку с согнутыми ногами).

Не следует применять упражнения, вызывающие сотрясения тела. Значительное место в занятиях должно быть уделено ходьбе с умеренной физической нагрузкой.

Одной из задач ЛФК при холециститах является улучшение кровообращения в брюшной полости. Внутрибрюшное давление, активность пищеварительных процессов, перистальтика кишечника усиливают приток крови к печени. На отток крови от печени влияют периодическое повышение внутрибрюшного давления, движение диафрагмы, дыхательные экскурсии грудной клетки, полноценная функция правого сердца и положение тела (лежа).

Преимущественно используют исходное положение лежа на спине, на боку, стоя на четвереньках, на коленях, стоя и в движении.

Для обеспечения оттока желчи из желчного пузыря наилучшее исходное положение - лежа на левом боку с согнутыми ногами.

С первых дней занятий необходимо обращать внимание на развитие и постановку полного дыхания с акцентом на диафрагму.

Число повторений каждого упражнения определяется состоянием больного, но не должно превышать 4-5, а дыхательных - 6-8. Упражнения следует выполнять плавно, без рывков и в медленном темпе. Паузы отдыха должны составлять 2-3 минуты» [7].

«Выделение желчи из желчного пузыря происходит через короткие промежутки времени небольшими порциями и, следовательно, на опорожнение желчного пузыря требуется известное время.

Моторная плотность занятий - малая и средняя.

Продолжительность процедуры 15-30 минут. Желательно, чтобы после лечебной гимнастики больной отдохнул, также лежа на левом боку, в течение 20-30 минут.



Для повышения эффективности лечения целесообразно в течение дня самостоятельно выполнять 3-5 специальных упражнений, способствующих оттоку желчи.

Методические рекомендации:

— резко ограничивать нагрузку на брюшной пресс, особенно не допускать статического напряжения мышц живота. Переход в положение сидя осуществляется из положения лежа на боку (как при инфаркте миокарда);

— в положении сидя упражнений для брюшного пресса не давать. В положении лежа движения ногами выполняются поочередно, без отрыва от постели. Движения туловища с ограниченной амплитудой;

— насыщенность дыхательными упражнениями 1:2. Дыхание средней глубины;

— паузы для оттока желчи в основном разделе включаются 2-3 раза и в конце занятия. После занятия рекомендуется отдых в положении лежа на спине или левом боку с полным (по возможности) расслаблением всех мышц;

— при болезненности в области печени за 30 минут до занятий лечебной гимнастикой больной должен принять 4-6 капель атропина» [7].

«Очень большое влияние на настроение и самочувствие больного оказывает деятельность среднего медицинского персонала. В связи с этим, профессиональная деятельность медицинских сестер подразумевает соблюдение высоких этических норм поведения по отношению к больному, его родственникам, коллегам.

Особые требования к соблюдению медицинскими сестрами деонтологических аспектов предъявляются при лечении тяжелых больных, в большинстве случаев неспособных к самостоятельному соблюдению элементарных правил личной гигиены.

К сожалению, имеется немало примеров, когда средний медицинский персонал допускает грубые нарушения этических и деонтологических принципов, что с одной стороны вызывает негативные последствия в

коллективе, а с другой - несомненно, неблагоприятно влияет на процесс выздоровления больного» [4].

«Уход за больными хирургического профиля имеет ряд особенностей. Они обусловлены как изменениями функции органов и систем в связи с заболеванием, так и результатом наркоза, операции, наличием раны.

Перед медсестрой, работающей с такими пациентами, стоит важная задача - создать наилучшие условия для выздоровления, предупреждения осложнений, которые могут возникнуть на любом этапе периоперативного ухода» [8].

«Ухаживая за хирургическим пациентом, медицинская сестра должна уметь:

- выявлять основные проблемы пациентов до, во время и после операции, определять приоритеты;

- планировать мероприятия по уходу;

- активно участвовать в реализации плана;

- оценивать качество сестринского ухода.

Для чего следует знать:

- стандартные проблемы пациентов в пред-, интра- и послеоперационном периодах;

- роль сестры в подготовке и обследовании пациентов до операции;

- принципы ухода за пациентом в раннем послеоперационном периоде;

- фазы течения послеоперационного периода, возможные осложнения, их профилактику;

- питьевой и пищевой режим в послеоперационном периоде;

- режимы двигательной активности;

- критерии качества сестринского ухода» [8].

«Сегодня медицинская сестра - довольно мобильная «лечебная единица». Это самый многочисленный медицинский корпус в структуре лечебно-профилактических учреждений. Недостаточно блестяще провести операцию, необходимо обеспечить качественный уход и реабилитацию пациентов, что

невозможно без большой армии медицинских сестер: операционных, сестер-анестезисток, реанимационных, перевязочных, палатных.

Уход за пациентом - это сфера, где профессионализм получает свое первое выражение» [8].

«Работа в хирургических клиниках и отделениях проходит в условиях «повышенной готовности», где врачи и медицинские сестры никогда не уверены в том, что ждет их через минуту ни днем, ни ночью. Промедление в хирургии может быть смерти подобно, поэтому здесь больше, чем где бы то ни было, должен царить корпоративный дух, рациональное построение взаимоотношений врача и сестры.

Опора таких отношений - разумное распределение функций при условии абсолютного взаимного доверия. Все мысли и внимание хирургов, операционных и палатных сестер концентрируются на операционной, где происходит основная работа - хирургическая операция.

В период операции практически прекращается непосредственный контакт между медицинским персоналом и пациентом и резко возрастает процесс взаимодействия между хирургами, анестезиологами, средним медицинским персоналом, обслуживающим операцию. Невозможно переоценить роль операционной сестры как партнера врача. При выполнении современных высокотехнологических операций количество инструментов и деталей наборов на столе операционной сестры достигает нередко ста и более наименований.

Если в операционной ведущая роль отводится хирургам и анестезиологам, то в предоперационный и особенно в послеоперационный период многое зависит от внимательного и чуткого отношения к пациенту медицинских сестер и младшего медицинского персонала» [8].

«Медицинская сестра - первый информатор врача о самочувствии и состоянии больных.

Наблюдательность - чрезвычайно важная черта. Иногда даже малозаметные изменения состояния могут свидетельствовать о необходимости экстренной операции.

Способность подметить самые слабые признаки ухудшения состояния пациента, обратить внимание на необычные - все это существенно облегчает путь к своевременной диагностике, внесению корректив в уход и лечение.

Информацию о состоянии и поведении больного врач должен получать от медсестры не только на утреннем обходе, но и в течение суток. Чуткость, душевная теплота, моральная поддержка нужны пациенту не меньше, а может быть и больше, чем лекарственные препараты.

Истинное милосердие, доброжелательность, приветливость медицинского персонала - важнейшие условия успеха. При выполнении той или иной процедуры не следует вести между собой разговоры на отвлеченные темы» [8].

«Это может расцениваться больными как проявление невнимания к ним, ведь каждый больной считает (и он прав), что его болезнь особенная. Неторопливость в общении с больным, четкая последовательность, подчеркнутое внимание входят в понятие профессионализма. Крайне неблагоприятное впечатление производит медицинская сестра, на ходу общающаяся с пациентом и родственниками. Слово может помочь лечению, но может и ухудшить состояние пациента» [8].

«При общении с пациентом необходимо придерживаться следующих правил:

недопустимо сообщать пациенту о наличии неизлечимого заболевания или предполагаемых осложнениях после операции;

— любую информацию о пациенте дает лечащий врач или заведующий отделением;

— недопустимо вступать с пациентом в пререкания, создавать конфликтные ситуации» [8].

Уход и лечение при холецистите.

«Больные острым холециститом нуждаются в постоянном сестринском наблюдении в первые дни лечения. Консервативное лечение проводят при отсутствии показаний к хирургическому вмешательству. Назначают строгий постельный режим.

Диета - 1-е сутки - голод, затем - щадящая. В 1-е сутки назначают холод на правое подреберье.

«При любой форме холецистита врачи рекомендуют питаться следующим образом:

1. разделить дневную порцию пищи на 5–6 приемов и употреблять ее каждые 2 часа;

2. выпивать не менее 2 л воды в день (она способствует разжижению желчи и нормализует ее отток), но не запивать еду, а пить ее в промежутках между приемами пищи;

3. исключить жиры животного происхождения, особенно в период обострения — они могут спровоцировать образование холестериновых желчных камней;

4. употреблять свежие фрукты и овощи, а также соки из них — эти продукты очищают желчный пузырь;

5. не превышать допустимую калорийность рациона — для переработки большого количества пищи печени должна вырабатывать желчь в повышенном количестве, что усугубляет болезнь;

6. предпочитать постные первые блюда, крупы, отварные или тушеные овощи, а мясо и рыбу выбирать только нежирных сортов;

7. полностью отказаться от алкогольных и газированных напитков, крепких кофе и чая — их можно заменить натуральными травяными отварами» [11].

Профилактика. Первичная: рациональное питание, здоровый образ жизни, исключение вредных привычек. Важную роль играют санация очагов хронической инфекции и своевременное лечение болезней желчевыводящей системы»[9].

«Медицинская сестра обеспечивает:

- четкое и своевременное выполнение назначений врача (ставит клизмы при запорах, грелки, припарки, тепловые аппликации на область желчного пузыря);

организует и проводит разгрузочные дни;

- своевременный прием лекарственных препаратов;
- оказание помощи при приступе печеночной колики;
- контроль правильного приема лекарственных препаратов;
- контроль АД, ЧДД, пульса, массы тела;
- проведение ЛФК;
- подготовку больных к исследованиям (холецистография, УЗИ, дуоденальное диагностическое зондирование).

Она проводит беседы о значении систематического приема лекарственных средств, рационального питания, диеты с ограничением жирной пищи; а также обучение больных проведению простого и сложного тюбажа» [9].

«Обучение.

- Оптимальный режим двигательной активности, исключить малоподвижный образ жизни. Прогулки, работа по дому, в саду, на даче.

- Масса тела должна приближаться к оптимальной» [9].

«Потребность в различных компонентах пищи зависит от возраста, пола, роста, массы тела, умственной и физической активности. Правильно составленный рацион должен обеспечивать поддержание оптимального функционирования организма.

Эффективность диетических рекомендаций, помогающих изменить привычки пациентов, доказана во многих исследованиях, причем в большинстве из них отмечается, что консультантом, как правило, выступает не врач, а медицинская сестра, диетолог или психолог.

Консультируя пациента по вопросам питания, сестра должна донести до него свои советы в понятной форме, рассказать о наборе продуктов, а не о входящих в них химических компонентах. Помимо этого, необходимо учитывать психологические особенности человека: большинству людей трудно удерживать в своём сознании одновременно более 5-7 объектов.

Следует рекомендовать пациенту наиболее приемлемые пути, способствующие изменению привычек в еде, предложить конкретную помощь в выборе пищи. Если эти советы воспринимаются как непривлекательные и неудобные, пациенты не смогут следовать им в течение длительного времени.

Для успешного решения этих проблем пациенту и его семье необходимо давать больше информации о диетах, способствующих оздоровлению (здесь не идёт речь о лечебных диетах). В некоторых случаях индивидуальный совет по питанию может быть предоставлен диетсестрой или врачом-диетологом» [10].

«Диета преимущественно вегетарианская, содержащая достаточное количество сырых овощей, фруктов. Хлеб из муки грубого помола, отруби. Питание дробное.

- Следует избегать запоров. Регулировка стула преимущественно немедикаментозными методами (диета, прием достаточного количества жидкости, инжир, чернослив, фейхоа).

- Комплекс ЛФК должен быть направлен на повышение тонуса мышц передней брюшной стенки.

Профилактика. Первичная: здоровый образ жизни, рациональное питание, двигательная активность, санация очагов хронической инфекции.

Вторичная: диспансерное наблюдение (весной и осенью проводят физикальное обследование, консультации ЛОР-врача, стоматолога, анализы крови, мочи, диагностическое дуоденальное зондирование), соблюдение режима питания, восстановительное лечение» [9].

## ГЛАВА 2. ПРАКТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ СЕСТРИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В ПРОФИЛАКТИКЕ ХОЛЕЦИСТИТА

### 2.1. Методика исследования

Целью нашего исследования являлось выявление значения сестринской деятельности в профилактике холецистита.

Методом анонимного анкетирования проводился опрос 50 пациентов ОГБУЗ «Городской больницы №2 г. Белгорода».

Пациентам предлагалось ответить на вопросы анкеты, преимущественно закрытого типа, отметив верный, по их мнению, и самоощущению ответ, чтобы составить представление об имеющихся факторах риска и организации профилактической работы при холецистите.

### 2.2. Результаты собственного исследования

По результатам проведенного исследования опрошиваемые пациенты разделились по полу: женский - 66%, мужской – 34% (Рис.1).

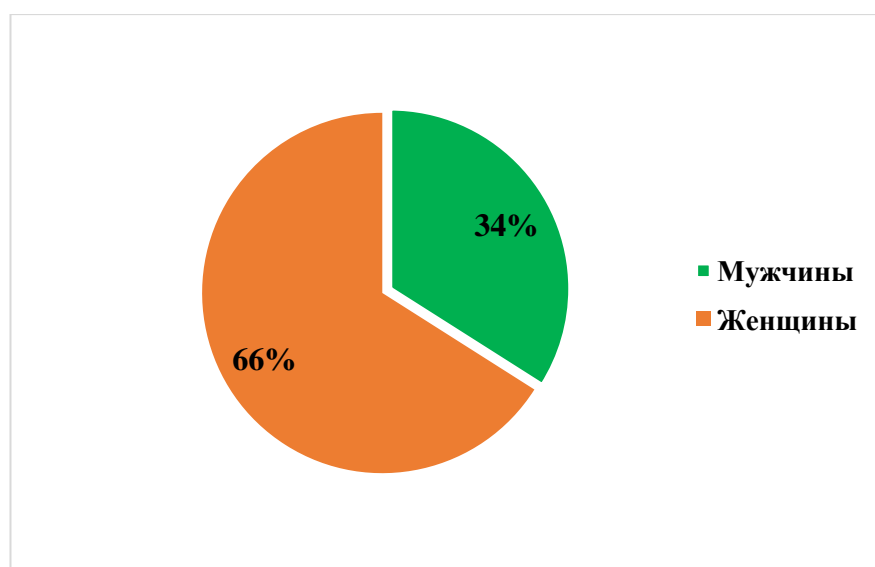


Рис. 1. Пол



По возрасту опрашиваемые пациенты распределились следующим образом: до 30 лет – 3%, от 31- до 40 лет -10%, от 41 – до 50 лет - 60%, 51 – 60 лет – 10%, 60 лет и старше - 17% (Рис. 2).

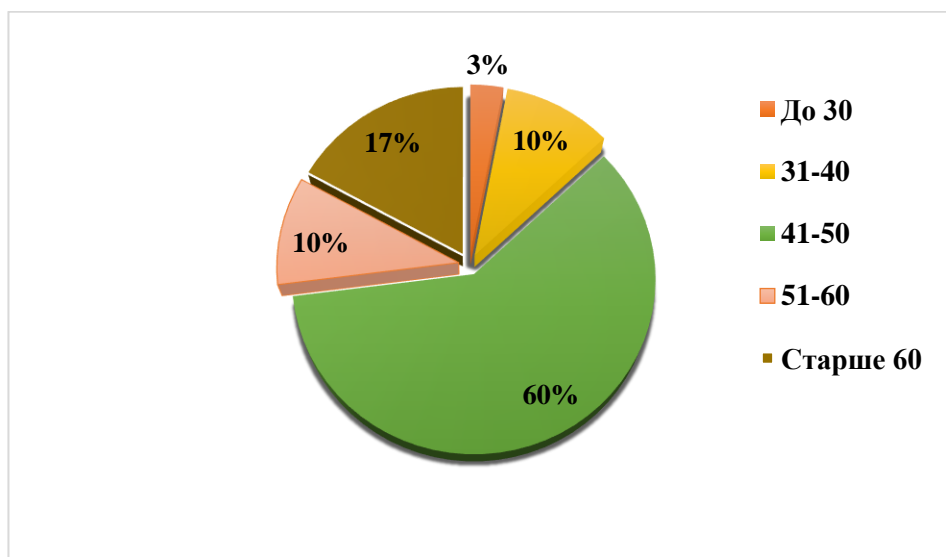


Рис. 2. Возраст

Местом своего жительства город назвали 57% респондентов, в области проживают 43% респондентов (Рис. 3).

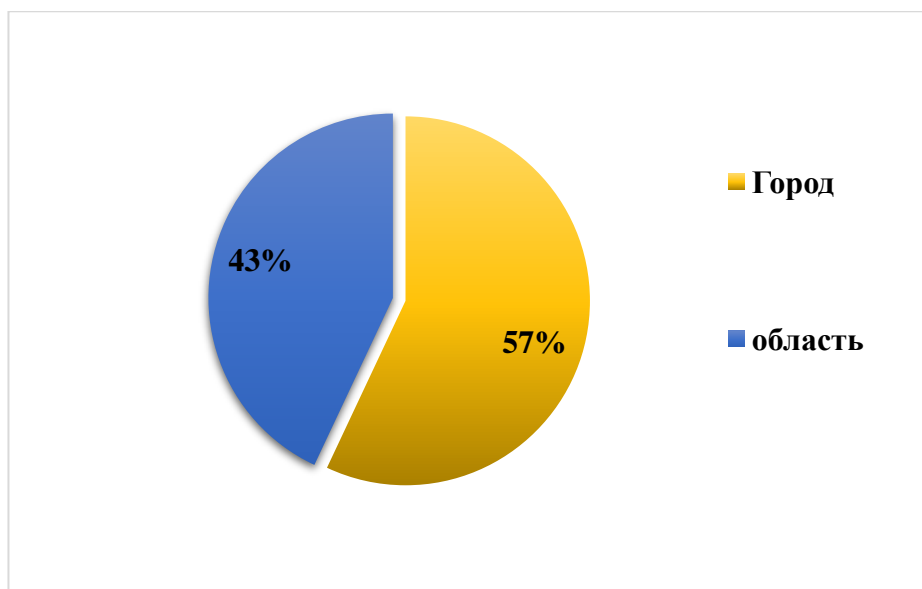


Рис. 3. Место проживания

Выясняя отношение к вредным привычкам, выявлено, что курят 31%, не подвержены никотиновой зависимости - 53%, курят иногда 16% опрошенных (Рис. 4).

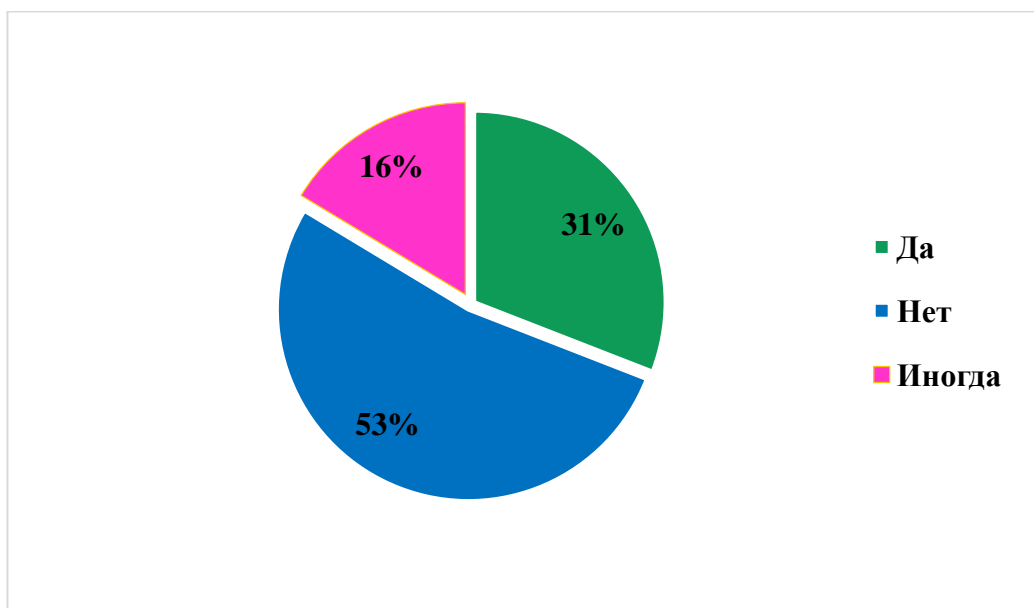


Рис. 4. Курение

Выявлено, что употребляют алкогольные напитки 17%, не пьют - 55%, выпивают «иногда» – 28% респондентов (Рис. 5).

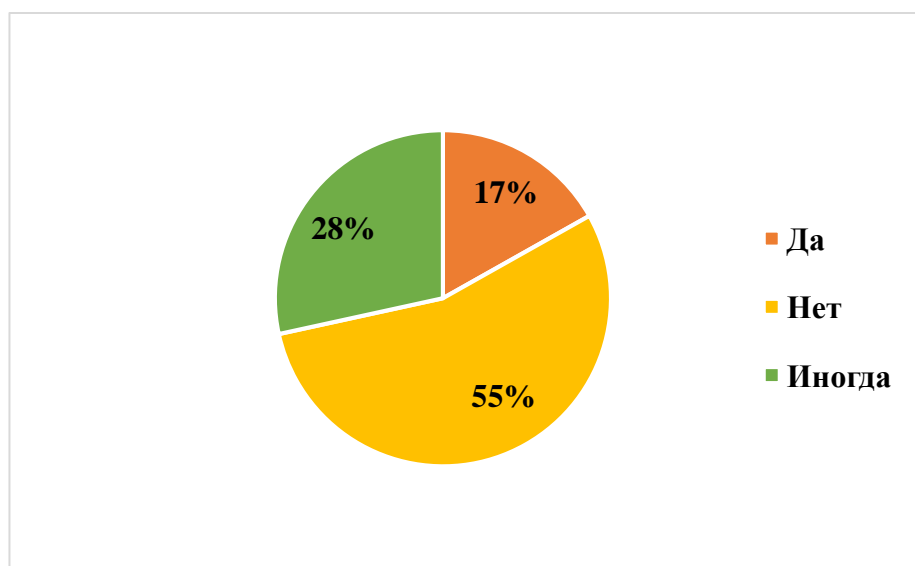


Рис. 5. Употребление алкоголя

На вопрос о наличии избыточного веса утвердительно ответили - 54% респондентов, а отрицают наличие лишнего веса – 46% (Рис. 6).

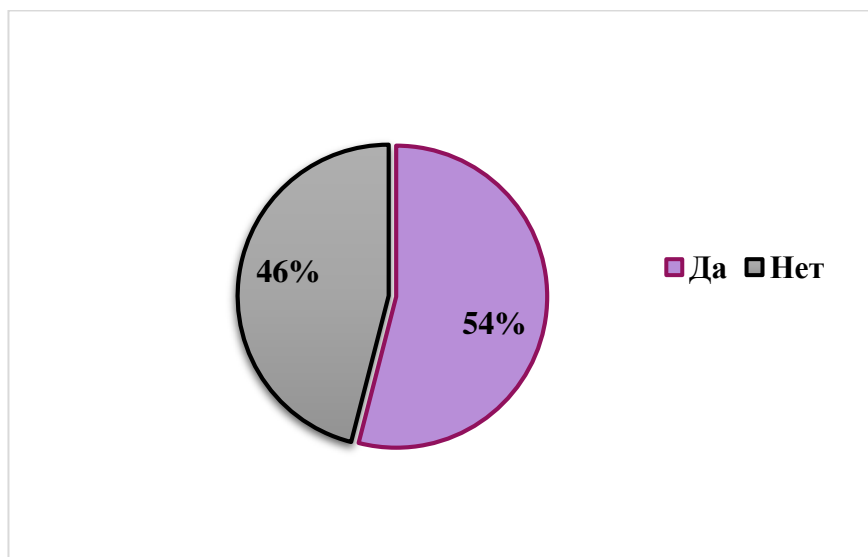


Рис. 6. Наличие избыточного веса

На вопрос о наличии стрессовых ситуаций на работе и дома утвердительно ответили - 41% опрошиваемых, его отсутствие отметили - 21%, наличие «иногда» - 38% (Рис. 7).

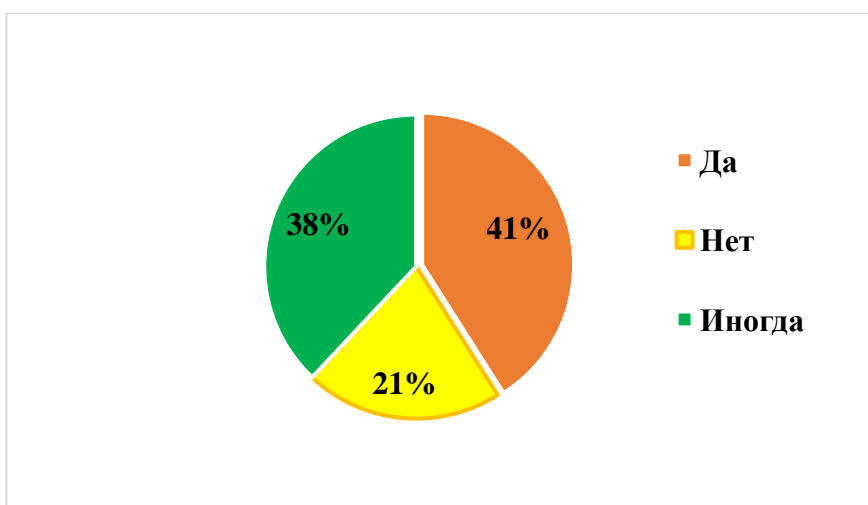


Рис. 7. Наличие стресса

Соблюдение принципов рационального питания отметили 19% опрошенных, 54% не соблюдают, придерживаются «иногда» – 27% (Рис. 8).

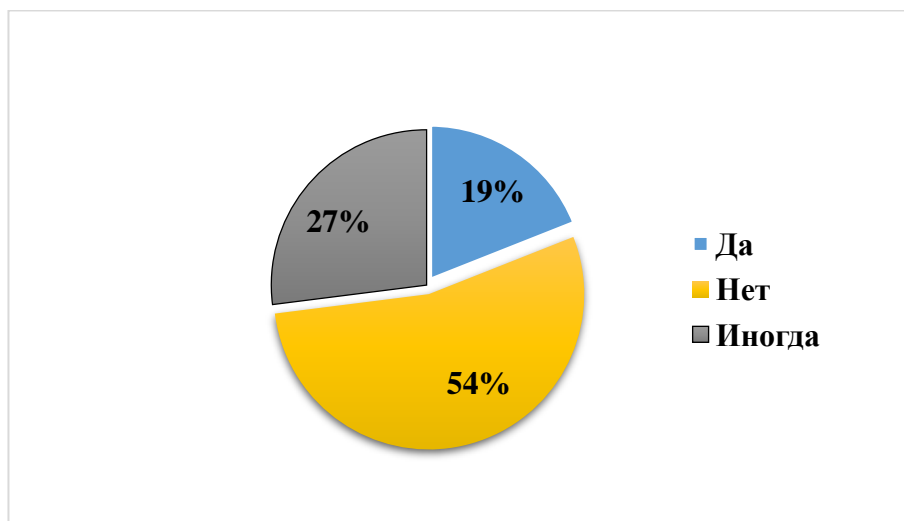


Рис. 8. Соблюдение принципов рационального питания

Выявлено, что соблюдают режима труда и отдыха 17% респондентов, не соблюдают - 54% , делают это «иногда» – 29% (Рис. 9).

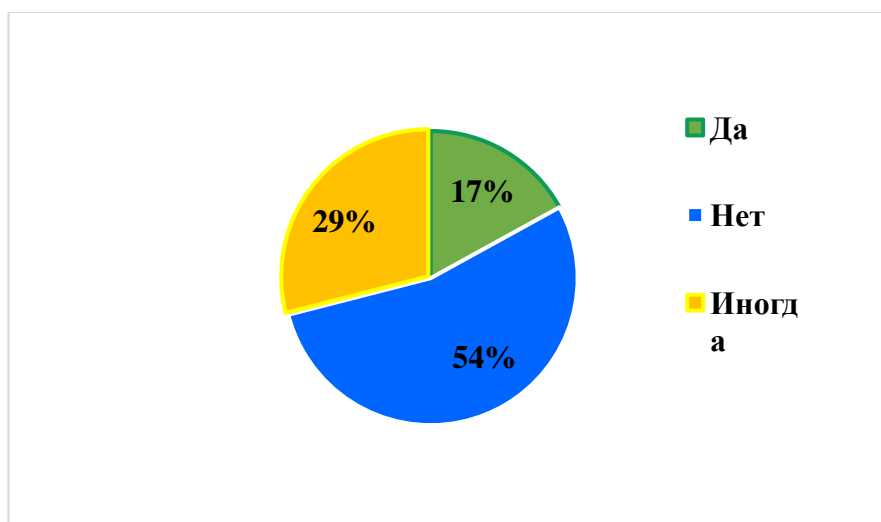


Рис. 9. Соблюдение принципов рационального питания

Выявлено, что 17% опрошенных занимаются физкультурой и спортом, а 83% - не практикуют занятия физкультурой и спортом (Рис. 10).

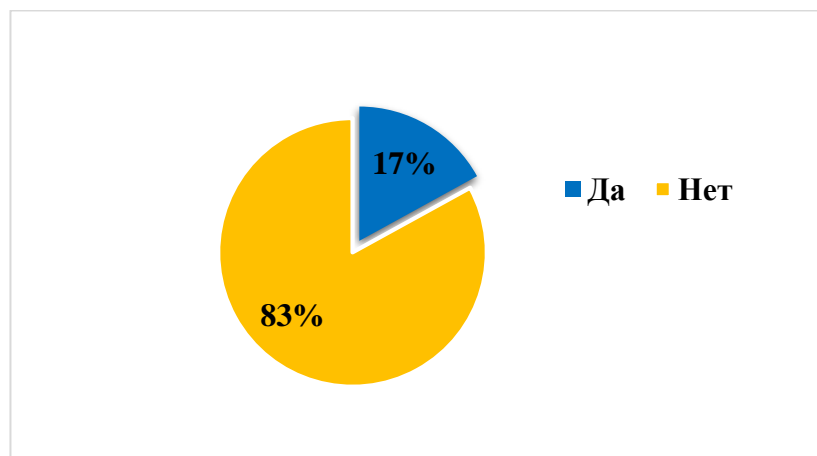


Рис. 10. Занятия физкультурой и спортом

Выявлено, что представление о факторах риска, способствующих обострению холецистита имеют 29% респондентов, не информированы - 15%, владеют информацией частично – 56% (Рис. 11).

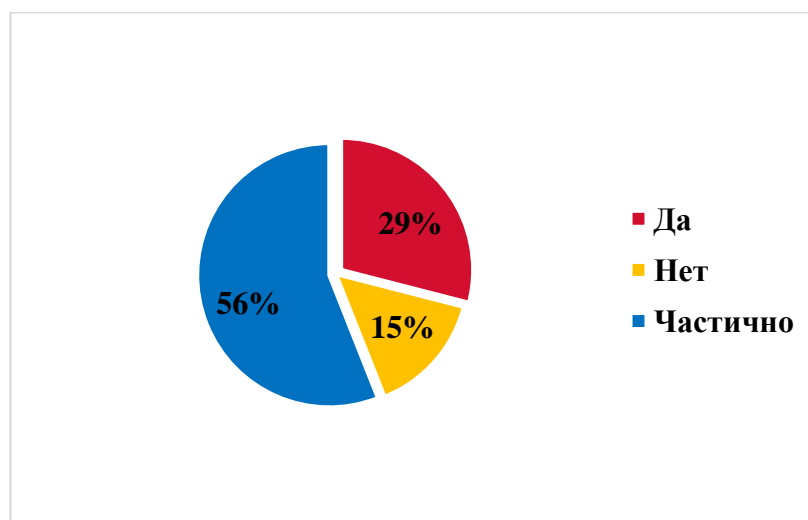


Рис. 11. Информация о факторах риска

Использование нетрадиционных методов лечения отметили в своих ответах 38%, отрицают их применение - 62% (Рис. 12).

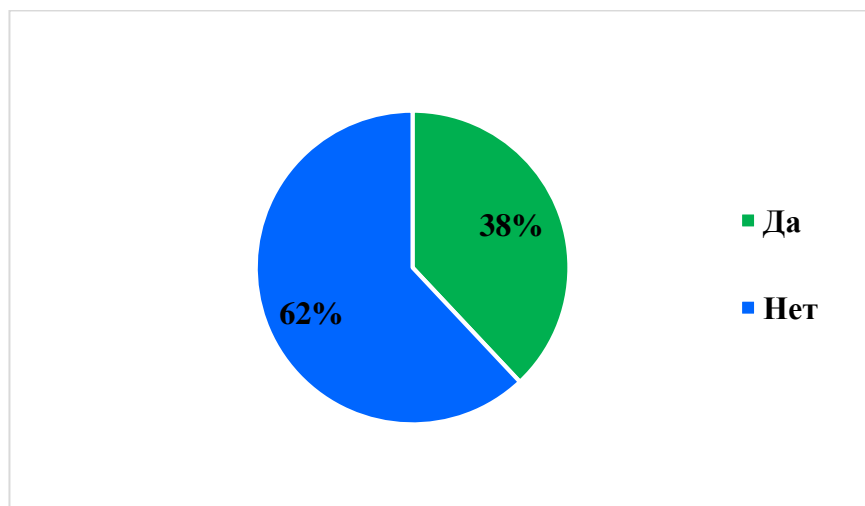


Рис. 12. Использование нетрадиционных методов лечения

Выявлено, что правила применения лекарственных средств знакомы 49% респондентов, не информированы - 14%, имеют представления об этом частично - 37% (Рис. 13).

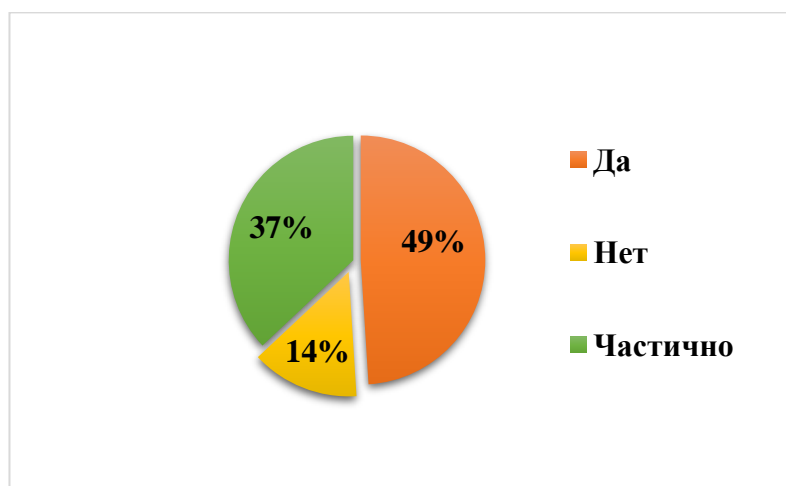


Рис. 13. Знания о правилах применения лекарственных средств

Рекомендации врача по соблюдению режима двигательной активности выполняют 40% респондентов, не придерживаются этих рекомендаций 60% опрошенных (Рис.14).

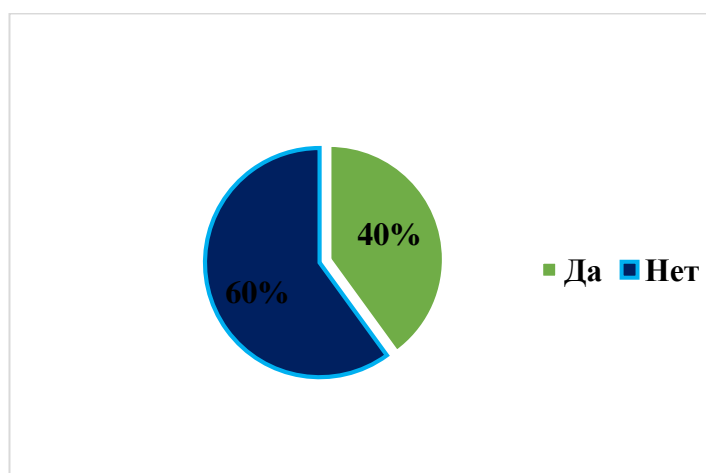


Рис. 14. Выполнение рекомендаций врача по соблюдению режима двигательной активности

Выявлено, что 49% регулярно проходят профилактические осмотры и посещают диспансерный прием, не делают этого 51% респондентов (Рис. 15).

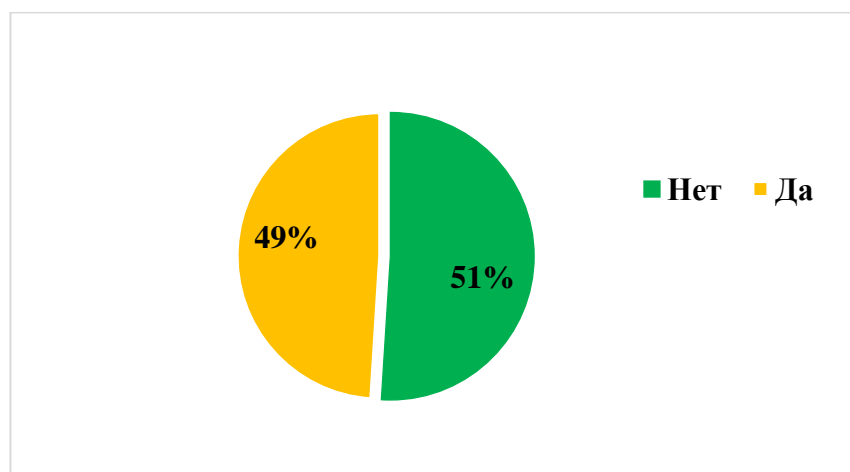


Рис. 15. Посещение профилактических осмотров и диспансерного учета

58% опрошенных отметили наличие проведения медицинскими работниками санитарно – просветительской работы при холециститах, ее отсутствие отметили -14%, наличие таковой время от времени или «иногда» - 28% (Рис. 16).

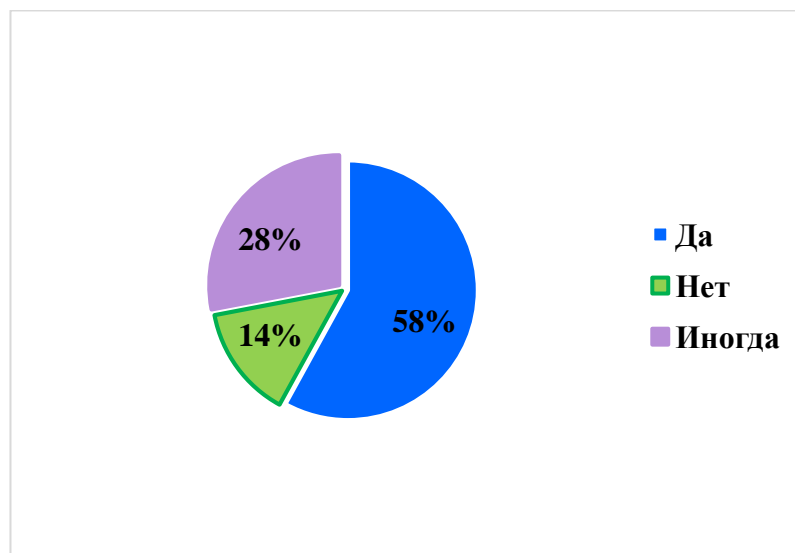


Рис. 16. Проведение медсестрами санпросвет работы

Удовлетворенность профилактической работой при холециститах со стороны медицинских сестер в ЛПУ отметили 71% респондентов, не довольны 5%, частично удовлетворены - 24% (Рис. 17).

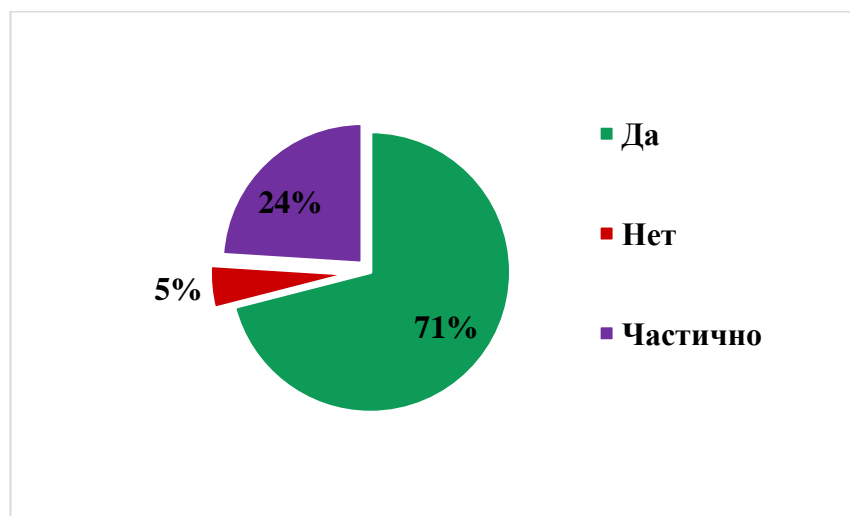


Рис. 17. Удовлетворенность профилактической работой

При анкетировании пациенты на один из вопросов анкеты открытого типа выказали пожелания медицинским сестрам для улучшения своей профессиональной деятельности: быть более внимательными – 36%, повышать свой профессиональный уровень-34%, быть добрее – 30% (Рис. 18).



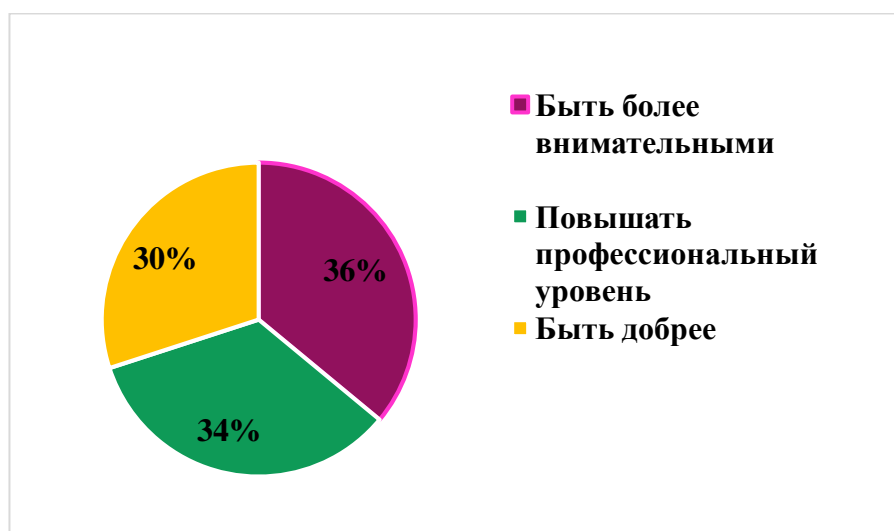


Рис. 18. Пожелания медицинским работникам

Подводя итоги проведенного исследования выявлено, что в 66% это женщины, возраста от 41 до 50 лет (60%), проживающие в городе (57%), имеющие избыточный вес (54%);

Наличие стрессовых ситуаций на работе и дома отметили 41% и наличие стресса «иногда» 38%, что в сумме дает большой процент необходимости оказания психологической поддержки в рамках профилактических мероприятий;

54% не соблюдают принципов рационального питания и режима труда и отдыха; а 83% не практикуют занятия физкультурой и спортом ;

Выявлено, что представление о факторах риска, способствующих обострению холецистита не имеет 15%, а ответы о том, что 56% владеют информацией частично говорят о необходимости восполнения этих пробелов в профилактике;

Выявлено, что правила применения лекарственных средств не знакомы 14%, имеют представления об этом частично - 37%, что в сумме предполагает усиление профилактической направленности в данном пункте;

Рекомендации врача по соблюдению режима двигательной активности не выполняют 60% опрошенных;

Выявлено, что 51% не проходят регулярно профилактические осмотры и не посещают диспансерный прием;

Так же выявлена необходимость учитывать пожелания респондентов для улучшения своей профессиональной деятельности: быть более внимательными, повышать свой профессиональный уровень, быть добрее.

### **2.3. Рекомендации медицинским сестрам при организации профилактической деятельности при холецистите**

1. При организации профилактических мероприятий формировать основной контингент из женщин, проживающих в городе, старше 41 года;

2. Рекомендовать пациентам минимизировать стрессовые воздействия на работе и дома, грамотно организовывая чередование периодов труда и отдыха, понижать уровень стресса занятием хобби, прогулками на свежем воздухе, общением с природой и животными;

3. Обучить пациентов во избежание развития осложнений и обострений заболевания соблюдать принципы рационального питания, учитывать калорийность и кратность приема пищи, ее термическую обработку и вкусовые качества;

4. Рекомендовать при невозможности полноценного занятия физкультурой и спортом практиковать посильные физические нагрузки (пешие прогулки, плавание, велосипед);

5. Более широко и подробно информировать пациентов о факторах риска, способствующих обострению холецистита, о правилах применения лекарственных средств

6. Оказывать помощь пациентам в выполнении рекомендаций врача по соблюдению режима двигательной активности, рекомендуя к посещению кабинет ЛФК;

7. Объяснять пациентам необходимость регулярного прохождения профилактических осмотров и диспансерных приемов;

8. Регулярно повышать свой профессиональный уровень в части профессиональных и общих компетенций, максимально использовать принципы этики и деонтологии в профилактических мероприятиях.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

««Оперируют хирурги, выхаживают сестры» - это дошедшее до нас историческое выражение, безусловно, имело стопроцентное подтверждение еще полтора века назад.

Другими, в целом, были тогда задачи медицины, не было проблем старения и перенаселения, военно-травматических эпидемий, экологических катастроф, обусловленных научно-техническим прогрессом. Не было в то время государственных программ развития здравоохранения, основы развития современной медицины, ее профилактической направленности» [8].

«Основная цель профилактической медицины - разработка и внедрение технологий сохранения здоровья человека и предупреждения развития заболеваний и патологических состояний, а также предупреждение развития обострений и осложнений в условиях уже развившихся заболеваний и патологических состояний» [5].

Для достижения поставленной цели исследования нами был проведен теоретический анализ литературных источников по проблеме холециститов, рассмотрены аспекты лечения, ЛФК, и профилактики данной патологии.

По результатам проведенного на базе ОГБУЗ «Городская больница №2 города Белгорода» собственного исследования выявлена немаловажная значимость и большое значение сестринской деятельности в профилактике холецистита.

Разработанные по итогам исследования рекомендации наглядно характеризуют все этапы организации и проведения профилактики при холецистите: неукоснительное выполнение врачебных назначений, проведение санитарно – просветительской работы, соблюдение принципов этики и деонтологии и постоянное повышение собственных профессиональных навыков и умений.

## СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ

1. Быковская Т.Ю., МДК 01.02. Основы профилактики: ПМ 01. Проведение профилактических мероприятий [Электронный ресурс] / Быковская Т.Ю. [и др.]; под ред. Кабарухина Б.В. - Ростов н/Д : Феникс, 2017. - 254 с. - ISBN 978-5-222-27703-4 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785222277034.html>

2. Вёрткин А.Л., Неотложная медицинская помощь на догоспитальном этапе [Электронный ресурс] : учебник / А. Л. Вёрткин, Л. А. Алексанян, М. В. Балабанова и др. ; под ред. А. Л. Вёрткина. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 544 с. - ISBN 978-5-9704-4096-4 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970440964.html>

3. Вязьмитина А.В., Сестринский уход в хирургии: МДК 02.01. Сестринский уход при различных заболеваниях и состояниях [Электронный ресурс] / Вязьмитина А.В., Кабарухин А.Б. ; под ред. Кабарухина Б.В. - Ростов н/Д : Феникс, 2017. - 540 с. - ISBN 978-5-222-26474-4 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785222264744.html>

4. Глухов А.А., Основы ухода за хирургическими больными [Электронный ресурс] : учебное пособие / Глухов А.А., Андреев А.А., Болотских В.И. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 288 с. - ISBN 978-5-9704-3216-7 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970432167.html>

5. Двойников С.И., Проведение профилактических мероприятий [Электронный ресурс] : учеб. пособие / С. И. Двойников [и др.] ; под ред. С. И. Двойникова. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 448 с. - ISBN 978-5-9704-4040-7 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970440407.html>

6. Елифанов В.А., Медико-социальная реабилитация пациентов с различной патологией [Электронный ресурс] / В.А. Елифанов, А.В. Елифанов - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 592 с. - ISBN 978-5-9704-4154-1 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970441541.html>

7. Епифанов В.А., Лечебная физическая культура и массаж [Электронный ресурс] : учебник / В. А. Епифанов. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 528 с. - ISBN 978-5-9704-3757-5 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970437575.html>

8. Корягина Н.Ю., Организация специализированного сестринского ухода [Электронный ресурс] : учеб. пособие / Н. Ю. Корягина и др.; под ред. З. Е. Сопиной. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 464 с. - ISBN 978-5-9704-3197-9 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970431979.html>

9. 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>

10. Ма О.Дж., Ультразвуковое исследование в неотложной медицине [Электронный ресурс] / О. Дж. Ма, Дж. Р. Матиэр, М. Блэйвес ; пер. 2-го англ. изд. - 3-е изд. (эл.). - М. : БИНОМ, 2015. - 561 с. (Неотложная медицина) - ISBN 978-5-9963-2959-5 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785996329595.html>

11. Смолева Э.В., 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> - 68 стр.

## **ПРИЛОЖЕНИЕ**

**Анкета для изучения факторов риска и профилактики холецистита**

*Данное анкетирование проводится с целью изучения факторов риска и организации профилактики холецистита.*

*Заполняя анкету (анонимно), внимательно ознакомьтесь с формулировкой вопросов и обведите или подчеркните вариант ответа, наиболее полно отражающий Вашу точку зрения. Данные анкетирования будут использованы только в обобщенном виде. Содержание отдельных анкет не разглашается.*

- 1. Пол:** а) Женский б) Мужской
- 2. Возраст:** а) до 30 лет б) 31-40 лет в) 41 – 50 лет г) 51 – 60 лет д) 60 лет и старше,
- 3. Место жительства:** а) город б) область
- 4. Курение:** а) да б) нет в) иногда
- 5. Употребление алкоголя:** а) да б) нет в) иногда
- 6. Наличие избыточного веса:** а) да б) нет
- 7. Наличие стресса на работе и дома:** а) да б) нет в) иногда
- 8. Соблюдение принципов рационального питания:** а) да б) нет в) иногда
- 9. Соблюдение режима труда и отдыха:** а) да б) нет в) иногда
- 10. Занятие физкультурой и спортом:** а) да б) нет в) иногда
- 11. Знание о факторах риска, способствующих обострению болезни:** а) да б) нет в) частично
- 12. Использование нетрадиционных методов лечения** а) да б) нет
- 13. Знание правил применения лекарственных средств:** а) да б) нет в) частично
- 14. Выполнение рекомендаций врача по режиму двигательной активности:** а) да б) нет
- 15. Прохождение профилактических осмотров (диспансерный учет):** а) да б) нет
- 16. Проведение медработниками санпросвет работы:** а) да б) нет в) иногда
- 17. Удовлетворенность профилактической работой со стороны медицинских сестер в ЛПУ:** а) да б) нет в) частично
- 18. Пожелания медицинским сестрам для улучшения своей профессиональной деятельности:** \_\_\_\_\_

*Благодарим Вас за участие в анкетировании!*