

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

МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ

ЦМК Клинических дисциплин

**РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В РАННЕЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С
ИНСУЛЬТОМ**

Дипломная работа студента

очной формы обучения
специальности 34.02.01 Сестринское дело
3 курса группы 03051612
Шиянова Валентина Игоревича

Научный руководитель
преподаватель Усачёва О.В.

Рецензент
врач – невролог
высшей квалификационной категории
ОГБУЗ «Городская поликлиника
города Белгорода»
поликлиническое отделение № 4
Панкова И.В.

БЕЛГОРОД 2019

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	3
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В РАННЕЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНСУЛЬТ	5
1.1. Классификация, патогенез, клиника, лечение.....	5
1.2. Реабилитация: задачи, направления.....	8
1.3. Роль медицинской сестры в реабилитации	12
ГЛАВА 2. ПРАКТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В РАННЕЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНСУЛЬТ	17
2.1. Методика проведения исследования	17
2.2. Исследование роли медицинской сестры в ранней реабилитации пациентов с инсультом	18
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	38
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ.....	40
ПРИЛОЖЕНИЯ	42

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность. Реабилитация больных, перенесших инсульт, является важной медицинской и социальной проблемой. В России ежегодно регистрируется более 450 тысяч случаев.

Инсульт, нередко, оставляет после себя тяжелые последствия в виде двигательных, речевых и других нарушений, приводя к инвалидизации, снижая качество жизни самих пациентов и ближайших родственников.

Современный комплексный подход к организации реабилитационной помощи позволяет полностью вернуть к труду или иному виду активной социальной деятельности до 60% постинсультных больных трудоспособного возраста.

Условия этапной реабилитации постинсультных больных способствует расширению роли медицинских сестер, определяет основные направления мероприятий, которые способствуют улучшению качества жизни пациента, связанное со здоровьем.

Из-за того, что ранней реабилитации уделяется мало внимания и была выбрана **тема исследования:** «Роль медицинской сестры в ранней реабилитации пациентов с инсультом».

Цель исследования: определить значение деятельности медицинской сестры в ранней реабилитации пациентов с инсультом

Объект исследования: пациенты 2-го неврологического отделения ОГБУЗ «Городская больница №2 г. Белгорода» и их родственники.

Предмет исследования: деятельность медицинской сестры в ранней реабилитации пациентов, перенесших инсульт

Гипотеза: деятельность медицинской сестры в ранней реабилитации помогает, как можно раньше и в максимально возможном объеме восстановить утраченные функции.

Задачи:

- изучить теоретические аспекты деятельности медицинской сестры в

ранней реабилитации;

- изучить деятельность медицинской сестры при уходе за пациентами, перенёвшими инсульт;
- проанализировать деятельность медицинской сестры в ранней реабилитации;
- выявить особенности ранней реабилитации при инсульте;
- оценить эффективность деятельности медицинской сестры в ранней реабилитации пациентов с инсультом.

Методы исследования:

- научно-теоретический анализ медицинской литературы по данной теме;
- сравнительный анализ;
- статистический;
- анкетирование;
- метод обработки и интерпретации данных;
- графический.

База исследования: ОГБУЗ Городская больница № 2 г. Белгорода.

Практическая значимость: заключается в разработке памяток медицинским сестрам.

Научная новизна заключается в том, что впервые проводится анализ деятельности медицинской сестры в ранней реабилитации пациентов с инсультом.

Структура работы: дипломная работа выполнена на 41 страницах текста и состоит из введения, обзора литературы, двух глав собственных исследований, заключения, практических рекомендаций, списка используемых источников литературы и приложений. Работа содержит 21 рисунок. Библиографический список литературы содержит 17 источников.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В РАННЕЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНСУЛЬТ

Инсульт – острое нарушение кровообращения головного мозга, характеризующееся внезапным (в течение нескольких минут, часов) появлением очаговой и/или общемозговой неврологической симптоматики, которая сохраняется более 24 часов или приводит к смерти больного в более короткий промежуток времени вследствие цереброваскулярной патологии. [1.с. 14].

1.1. Классификация, патогенез, клиника, лечение

Факторы риска:

- пожилой (80 лет) возраст для ишемического инсульта, 45 - 60 лет для геморрагического;
- мужской пол (в возрастном интервале 50-80 лет);
- курение (20 сигарет в день);
- избыточное потребление поваренной соли, жиров, злоупотребление алкоголем;
- низкая физическая активность;
- продолжительный приём оральных контрацептивов;
- инсульт у родственников первой линии.

Классификация. Инсульт подразделяется на геморрагический, ишемический и смешанный. 80% инсультов являются следствием ишемии мозга, остальные – геморрагические (из них 10% – интрацеребральные кровоизлияния и 5% субарахноидальные). Причина 5% инсультов остается невыясненной.

Причины ишемического инсульта:

- атеросклероз артерий мозга, артерииты;

– тромбоэмболия мозговых артерий (тромб исходит из полостей сердца при мерцательной аритмии);

– гематологические заболевания (лейкозы, полицитемия и т. д.).

Геморрагический инсульт развивается в результате разрыва мозгового сосуда, к которому приводят

– артериальная гипертензия;

– внутричерепная аневризма сосуда;

– использование антикоагулянтов или тромболитиков;

– заболевания, сопровождающиеся геморрагическим синдромом;

– церебральная амилоидная ангиопатия [2. с. 151].

Патогенез ишемического инсульта: в результате закупорки просвета сосуда тромбом, возникшем на месте разрыва атеросклеротической бляшки или принесённого током крови из сердца, происходит развитие инфаркта мозга в первые минуты и часы заболевания.

Патогенез геморрагического инсульта: инсульт развивается в результате разрыва сосуда с патологически измененной стенкой (истончение стенки, аневризма и др.) или вследствие нарушения свертываемости крови.

Клиническая картина. Геморрагический инсульт развивается обычно внезапно, днем, в момент физического или эмоционального напряжения. Иногда развитию инсульта предшествуют головная боль, воспринимающаяся как удар, ощущение прилива крови к лицу, видение предметов в красном цвете или «как сквозь туман». Затем больной может потерять сознание и упасть.

Ишемический инсульт чаще развивается ночью и утром, сразу после сна. Его развитию нередко предшествуют преходящие нарушения мозгового кровообращения, учащение которых составляет клиническую картину продромального периода ишемического инсульта. Характерно постепенное нарастание неврологической симптоматики на протяжении нескольких часов, реже дней. При этом в остром периоде может наблюдаться «мерцание» симптомов (их появление и исчезновение). Примерно у 1/3 больных неврологические симптомы возникают одновременно и бывают сразу

максимально выраженными [3. с. 512].

Лечение. Базисная терапия включает мероприятия, которые проводят при любом инсульте с целью профилактики его осложнений.

– восстановление проходимости дыхательных путей, предупреждение аспирации, оксигенация. Удаляют слизь и мокроту из дыхательных путей, подают увлажненный кислород через маску или носовой катетер, по показаниям проводят интубацию, санацию трахеобронхиального дерева, искусственную вентиляцию легких.

– поддержание гемодинамики (контроль артериального давления и сердечной деятельности).

– борьба с отеком мозга и внутричерепной гипертензией, которая достигает своего пика на 3-е сутки и сопровождается нарастанием общемозговых симптомов. Для лечения назначают диуретики. Кортикостероиды могут повысить уровень глюкозы.

– поддержание водно-электролитного баланса под контролем общего и биохимического анализов крови - изотонический раствор хлорида натрия, 5% раствор глюкозы.

– коррекция гипогликемии (введение 10-20% раствора глюкозы) и гипергликемии - малые дозы инсулина.

– коррекция болевого синдрома – анальгетики, пассивные движения при гипертонусе.

– жаропонижающие средства при повышении температуры выше 38°C, по показаниям – антибиотики [4. с. 375]. Следует помнить, что внутрибольничная легочная инфекция – основная причина летальности. Для ее предупреждения необходимы дыхательная гимнастика, ранняя мобилизация больного:

– при психомоторном возбуждении применяют реланиум, галоперидол, избегая побочной седации.

– при тошноте и рвоте - церукал, мотилиум.

– антиэпилептическая терапия при судорогах (реланиум).

– питание начинают на 1-2 сутки для предотвращения аспирации

исключают дисфагию. Если больной не может глотать, кормление проводят через зонд. При запорах назначают слабительные, очистительные клизмы.

– профилактика пролежней – обработка кожных покровов, смена постельного белья, пассивные движения. Обработка покраснения и мацерации антисептиками.

– профилактика контрактур – лечебная гимнастика с 2-го дня (10-20 движений в каждом суставе). Укладка конечностей в физиологическое положение. Ранние реабилитационные мероприятия улучшают исход инсульта [5. с. 105].

1.2. Реабилитация: задачи, направления

Ранняя реабилитация является главной и неотъемлемой частью в восстановлении утраченных функций организма пациента, перенесших инсульт. Реабилитация – это комплекс государственных, социально-экономических, медицинских, профессиональных, педагогических, психологических мероприятий, направленных на раннее возвращение больных и инвалидов в общество [6. с. 136].

Реабилитационные мероприятия делятся на два этапа:

– профилактический, способствующий сохранению активной трудоспособности и предупреждающий развитие заболевания

– заключительный – возвращение ранее нетрудоспособных людей к полноценной общественно-трудовой и личной жизни

«Основная цель реабилитации – восстановление пациента как личности, включая физиологические, физические, психологические и социальные его функции, достижима только при условии тесной интеграции и координации деятельности специалистов различного профиля, участвующих в процессе реабилитации» [7. с. 209].

Основные задачи физической реабилитации:

– ускоренное восстановление процессов;

– предотвращение или уменьшение опасности инвалидизации.

Принципы ранней реабилитации больных с инсультом:

– раннее начало;

– непрерывность;

– преемственность на всех этапах ее проведения.

«Задачи ранней реабилитации:

– интенсификация процессов восстановления и компенсации дефекта с активацией индивидуальных резервов организма пациента;

– контроль за процессами восстановления;

– торможение нефизиологических движений и патологических позных установок;

– профилактика осложнений» [8. с. 95].

«Основными направлениями программы ранней реабилитации являются:

– восстановление правильной пусковой афферентации и рефлекторной деятельности;

– дестабилизация патологических систем;

– обеспечение слаженной работы всех систем и органов;

– компенсаторное формирование новых функциональных связей;

– компенсация дефекта с активацией индивидуальных резервов больного;

– коррекция речевых расстройств и нарушений глотания;

– психологическая коррекция;

– бытовая и социальная адаптация с установкой на независимый образ жизни» [9. с. 50].

«Для восстановления нарушенных двигательных функций необходимо:

– предупреждение формирования мышечного гипертонуса и выравнивание его асимметрии;

– концентрация внимания на правильном и последовательном «включении» мышц в двигательный акт;

– разработка амплитуды и точности движений;

– улучшение вегетативного и сенсорного обеспечения двигательного

акта;

– предотвращение формирования устойчивого патологического состояния и патологических двигательных стереотипов;

– предупреждение развития контрактур и формирования болевого синдрома».

Основными осложнениями, которые могут развиваться в ранней реабилитации это – патологические синкинезии и апраксии [10. с. 298].

Синкинезии – это непроизвольные содружественные движения в парализованных конечностях, возникающие во время активных движений здоровыми конечностями.

Различают следующие виды патологических синкинезий:

– глобальные;

– имитационные;

– координационные.

Глобальные синкинезии проявляются при выполнении движения больными конечностями, когда происходит увеличение сгибания руки и разгибания ноги, т.е. усиливается контрактура.

Имитационные синкинезии происходят, когда движения здоровой руки вызывают подобные движения больной руки.

При координационных синкинезиях больной не может выполнить изолированно движения, которые производятся обычно в целостном двигательном акте.

Для подавления патологических синкинезий, используется комплекс упражнений, направленных на устранение порочных содружественных движений.

До появления пластичности мышц при низком тонусе, в раннем периоде после инсульта, очень важное значение имеет положение тела пациента в постели. Ведущим звеном в данном направлении является лечение положением. Данные мероприятия, направлены не только на устранение не только контрактур, но и любого ограничения подвижности суставов, связанное

с нарушением центральной нервной деятельности и долгим пребыванием в положении лежа. Для эффективности проводимых мероприятий, при коррекции положением, необходимо менять положение тела пациента один раз в несколько часов. Медицинская сестра должна обладать не только базовыми умениями, но и исчерпывающими знаниями, для правильности придания паретичным конечностям и суставам оптимального положения.

Для эффективности мероприятий, проводимых для профилактики патологических синкинезий и спастичности, необходимо делать следующее:

- своевременно и точно определять состояние пораженной стороны;
- проводить манипуляции, связанные с профилактикой пролежней и нарушением кровообращения;
- предотвращать образование и формирование различных типов [11. с. 203].

Для предотвращения патологических синкинезий и восстановления утраченной схемы движений для паретичных конечностей, необходимыми являются пассивные движения. Для грамотного и продуктивного выполнения движений, необходим зрительный контроль со стороны пациента. Это основано на осознании мышечного и суставного чувства.

Для проведения пассивных упражнений, необходимо обучить пациента технике проведения, правильности выполнения и необходимой скорости. Необходимо разучить все упражнения сначала на здоровой стороне, потом уже постепенно переходить на пораженную, перед этим повторив все параллельно на обеих половинах туловища и попеременно, активные движения с пассивными в паретичной конечности.

Апраксия конечностей – это либо ухудшение способности, либо затруднение при выполнении целенаправленных точных движений конечностью. При апраксии такие затруднения и ухудшения не могут быть объяснены наличием гемиплегии или недостаточностью предпринимаемых усилий. Гемиплегия – это полная потеря возможности произвольных движений, то есть другими словами, паралич, в ноге и руке с одной стороны тела.

После инсульта в левом полушарии апраксия развивается чаще, чем после инсульта в правом полушарии. Традиционно считалось, что апраксия не оказывает влияния на повседневную деятельность. Сейчас получены новые данные о том, что апраксия ассоциируется со снижением независимости у человека, перенесшего инсульт, при выполнении повседневных функций.

Несмотря на широкую распространенность состояния и его влияние на независимое выполнение ряда действий, существует лишь ограниченное количество исследований терапевтических вмешательств при апраксии конечностей.

Некоторые исследования продемонстрировали немедленные улучшения в тестах на выявление апраксии или в качестве повседневной деятельности после проведения терапевтических вмешательств. Однако лишь в немногих исследованиях были выявлены долгосрочные преимущества в группах пациентов, участвующих в реабилитации.

При лечении апраксии можно рассматривать возможность применения стратегического или жестового тренинга. Также рекомендуется рассмотреть возможность обучения выполнению практических задач с мысленной проработкой и без таковой [12. с. 256].

1.3. Роль медицинской сестры в реабилитации

«На этапе ранней реабилитации очень важным моментом являются действия медицинской сестры. Именно она, постоянно находится у постели больного, именно ее профессиональные действия, уход и выполнение назначений врача являются составляющей частью успеха всех проводимых реабилитационных мероприятий» [13. с. 79].

Рассмотрим деятельность медицинской сестры по уходу за пациентом, в момент проведения ранней реабилитации пациентам, перенесшим инсульт: «Без правильного и должного ухода, максимальное восстановление не возможно, так как постоянный дискомфорт будет постоянно отвлекать

пациента от проводимых по реабилитации мероприятий» [13. с. 79].

При уходе за лежачим пациентом медицинская сестра выполняет следующие мероприятия:

- смена нательного и постельного белья (не реже одного раза в неделю или по мере загрязнения);
- проведение необходимых мероприятий для профилактики пролежней;
- ежедневное умывание;
- поддержание нормального состояния кожных покровов
- санитарная обработка и уход за полостью рта и носа;
- санитарная обработка и уход за наружными половыми органами.

Для быстрого восстановления, диета является необходимым условием. Главными требованиями к питанию в этом периоде являются: максимально механически и химически щадящее питание (жидкая, полужидкая, желеобразная, протеиновая пища). ОВД содержит наиболее легко усвояемые источники белков, жиров и углеводов, повышенное количество жидкости и витаминов. Резко ограничено количество поваренной соли. Предусмотрены частые приемы пищи малыми порциями, что обеспечивает полноценное питание в условиях, если прием обычной пищи невозможен.

Обеспечении пациенту максимально комфортных условий является базисным условием для проведения любых мероприятий, в том числе реабилитации.

«Рассмотрим конкретные действия медицинской сестры. В первую очередь реабилитация должна быть направлена на восстановление утраченных функций. Реабилитационные мероприятия должны начинаться на самых ранних этапах развития инсульта. Как только состояние пациента стабилизируется, можно приступать к активной реабилитации, которая имеет следующие параметры:

- раннее начало;
- максимальная интенсивность;
- должна быть повторной, при отсутствии эффекта.

Цели ранней реабилитации:

– медицинская сестра должна предупредить развитие неправильных двигательных навыков вследствие аномального мышечного тонуса;

– медицинская сестра должна научить пациента не использовать здоровую половину тела для компенсации утраченных функций пораженной половины».

«На ранних этапах восстановления человек иногда использует свою здоровую половину тела вместо больной. Эти действия могут увеличить спастичность, вызвать аномальные «сопутствующие реакции» и в целом оставить без улучшения функционирования пострадавшей части тела» [14. с. 143].

«Принципы лечебной реабилитации:

– восстановление произвольных контролируемых движений должно распространяться от центра к периферии

– все движения пострадавших конечностей следует выполнять в такой последовательности: пассивные движения, поддерживаемые активные движения и просто активные движения

– очень важно поощрять пациента к выполнению рутинных повседневных действий, чтобы достичь максимальной бытовой независимости» [14. с. 143].

Учитывая этапность, ранняя реабилитация должна начинаться еще в блоке интенсивной терапии, где применяются следующие виды реабилитации:

- лечение положением;
- дыхательная гимнастика;
- оценка и коррекция расстройств глотания;
- пассивная и пассивно-активная гимнастика;
- ранняя вертикализация больных.

Лечение положением (корректирующие позы) состоит в придании парализованным конечностям правильного положения в течение того времени, когда больной находится в постели или в положении сидя.

Несмотря на свою простоту, при правильном выполнении лечение положением имеет важное значение и способствует:

- снижению мышечной спастичности;
- выравниванию асимметрии мышечного тонуса;
- повышению глубокой чувствительности;
- снижению патологической активности с тонических шейных и лабиринтных рефлексов [14. с. 143].

Все это предупреждает развитие болевого синдрома и патологических установок в конечностях и туловище, а в дальнейшем – развитие контрактур. Кроме того, лечение положением можно проводить всем больным, вне зависимости от тяжести состояния и практически с первых часов инсульта.

Лечение положением включает:

- укладку парализованных конечностей при положении пациента на здоровом боку;
- положение на парализованной стороне;
- укладку в положении противоположной позе Вернике – Манна.

При этом необходимо отметить, что с целью профилактики формирования спастического тонуса не допускается класть груз на ладонь и пальцы кисти, а также создавать упор стопе;

- ограничение времени пребывания на спине.

Отрицательными факторами положения больного на спине являются:

- недостаточная респираторная функция легких;
- плохой дренаж бронхов;
- снижение легочного объема из-за высокого стояния диафрагмы;
- высокий риск аспирации слюной;
- усиление патологической рефлекторной активности шейно-тонических и лабиринтных рефлексов (ведет к увеличению тонуса сгибателей руки и разгибателей ноги);
- боли в позвоночнике из-за длительного пребывания в одной позе. [15. с. 77].

Вывод: в настоящее время инсульт является актуальной проблемой в мире. Это заболевание занимает лидирующие позиции в списке причин

смертности, а так же является одной из ведущих причин инвалидизации населения. Возникновению инсульта сопутствуют множество негативных факторов, которые могут привести к инвалидизации или летальному исходу. Чтобы этого избежать и восстановить утраченные функции организма используют медикаментозное лечение и реабилитацию, которую нужно начинать как можно раньше. Ранняя реабилитация является неотъемлемой частью восстановления организма после инсульта. Она включает в себя множество задач и целей, которые необходимо выполнять ежедневно. В этом пациенту помогает медицинская сестра, которая принимает непосредственное участие в проведении всех реабилитационных мероприятий, а также наблюдение за состоянием пациента и выполнением назначений и рекомендаций врача. Таким образом, можно сделать вывод что, роль медицинской сестры в ранней реабилитации пациента, перенесшего инсульт крайне необходима.

ГЛАВА 2. ПРАКТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В РАННЕЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНСУЛЬТ

2.1. Методика проведения исследования

Для решения поставленных задач был использован комплекс методов исследования.

Практическое исследование было разбито на этапы:

1 этап. Подготовка к проведению социологического опроса: нами была разработана анкета (Приложение 1) по основным направлениям деятельности медицинской сестры при ранней реабилитации пациентов с инсультом, находящихся на стационарном лечении.

2 этап. Проведение исследования: исследование проводилось среди пациентов второго неврологического отделения ОГБУЗ «Городская больница №2» в количестве 30 человек. Пациентам было предложено ответить на 21 вопрос, на 7 из которых ответ был «да» или «нет». А на 13 вопросов мы предоставили от 3 до 5 вариантов ответов, для удобства анкетированных, вопросы построены в основном с целью изучения основного контингента болеющих, особенностей заболевания у них и наличия помощи со стороны медицинской сестры.

3 этап. Для удобства анализа вопросы анкеты были разбиты на блоки:

- 1) информирование пациентов и их родственников;
- 2) профилактика спастичности;
- 3) мероприятия, направленные на восстановление равновесия;
- 4) профилактика патологических синкенизий;
- 5) мероприятия по ликвидации апраксии.

В процессе исследования нами была проанализирована статистика заболеваемости населения Белгородской области инсультом за период 2016 – 2017 гг., результаты которой мы представили в виде диаграммы (Рис.1.) [14].

Анализ полученных данных проведен с помощью статистического метода, исходя из данных МИАЦ по Белгородской области.

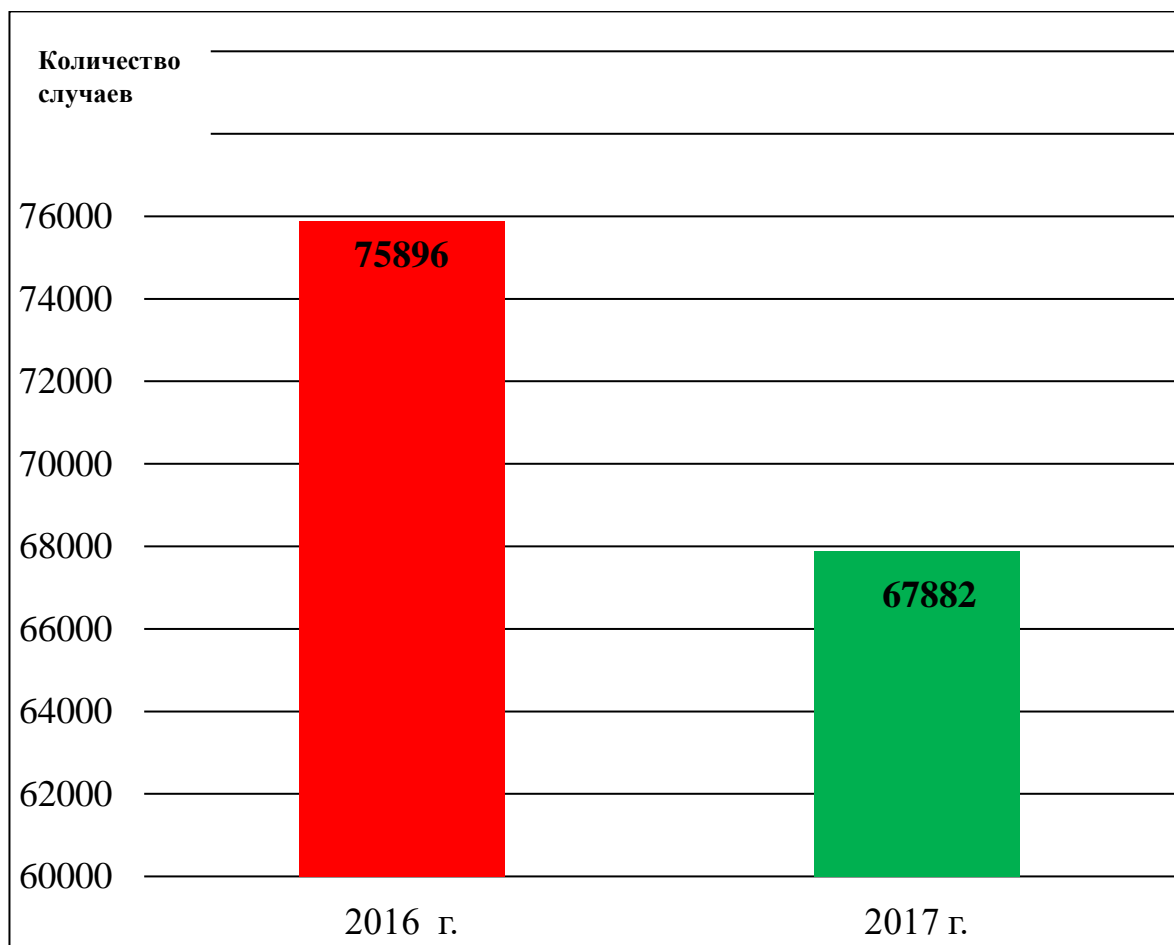


Рис.1. Динамика заболеваний инсультом в Белгородской области

Исходя из диаграммы (Рис.1.), следует вывод: что по сравнению с 2016 годом показатели заболеваемости снизились на 8014 случаев, что составило 11%. Это говорит об эффективности профилактических мероприятий, направленных на снижение заболеваемости цереброваскулярными заболеваниями, в которых медицинская сестра занимает не последнюю роль.

2.2. Исследование роли медицинской сестры в ранней реабилитации пациентов с инсультом

Для исследования нашей работы нами был составлен опросник – анкета, с целью определения качества и полноты реабилитационных мероприятий

оказываемой медицинской сестрой пациентам, перенесшим инсульт.

Исходя из того, что реабилитация должна начинаться как можно раньше, вопросы в основном были направлены на деятельность медицинской сестры в раннем периоде.

В 1 блоке мы оценивали деятельность медицинской сестры по информированию пациентов и их родственников. Сначала, было изучено следующее: половозрастная группа анкетированных пациентов.

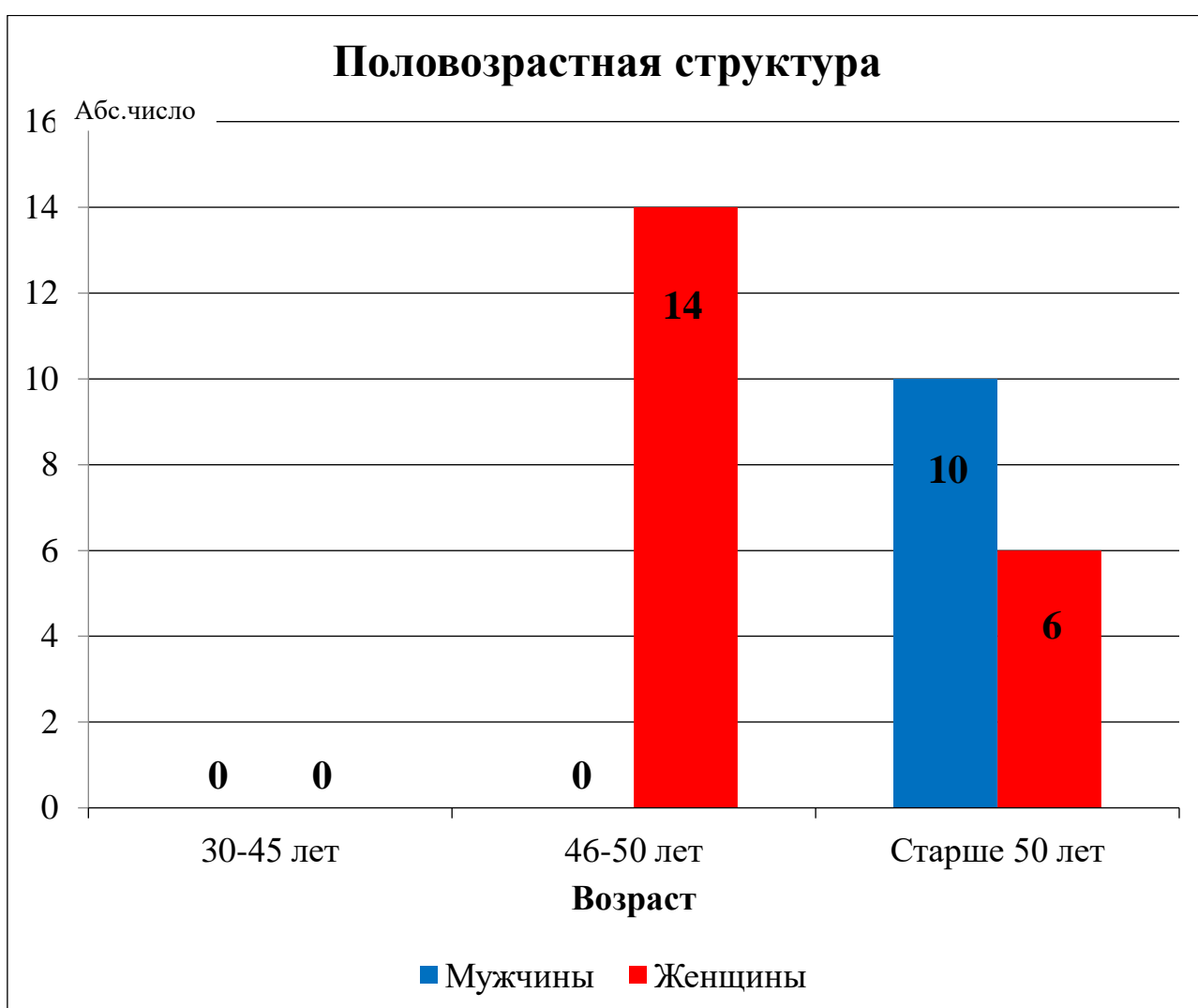


Рис. 2. Возраст и пол пациентов

В диаграмме (Рис. 2.), мы видим, что наиболее многочисленная группа это женщины в возрасте от 46 до 50 лет – 14 человек, что составило 47% от общего числа опрошенных. Мужчины входят в возрастную группу старше 50 лет – 10 человек, что составило 33% от общего числа опрошенных. Пациентов в

возрастной группе до 45 лет не было. Не смотря на то, что мужской пол является фактором риска, но, среди респондентов на момент исследования, все же преобладают женщины.

Пассивные упражнения при благополучном течении болезни можно начинать впервые дни после заболевания, после стабилизации состояния. Большое значение для больного имеет исходное положение, которое способствует расслаблению спазмированных мышц. Пассивные движения нужно совершать ритмично, плавно, многократно. Поэтому медицинская сестра должна обучить пациента или его родственников выполнять эти движения правильно, без спешки, обращая внимание на реакцию пациента и его психологические особенности.

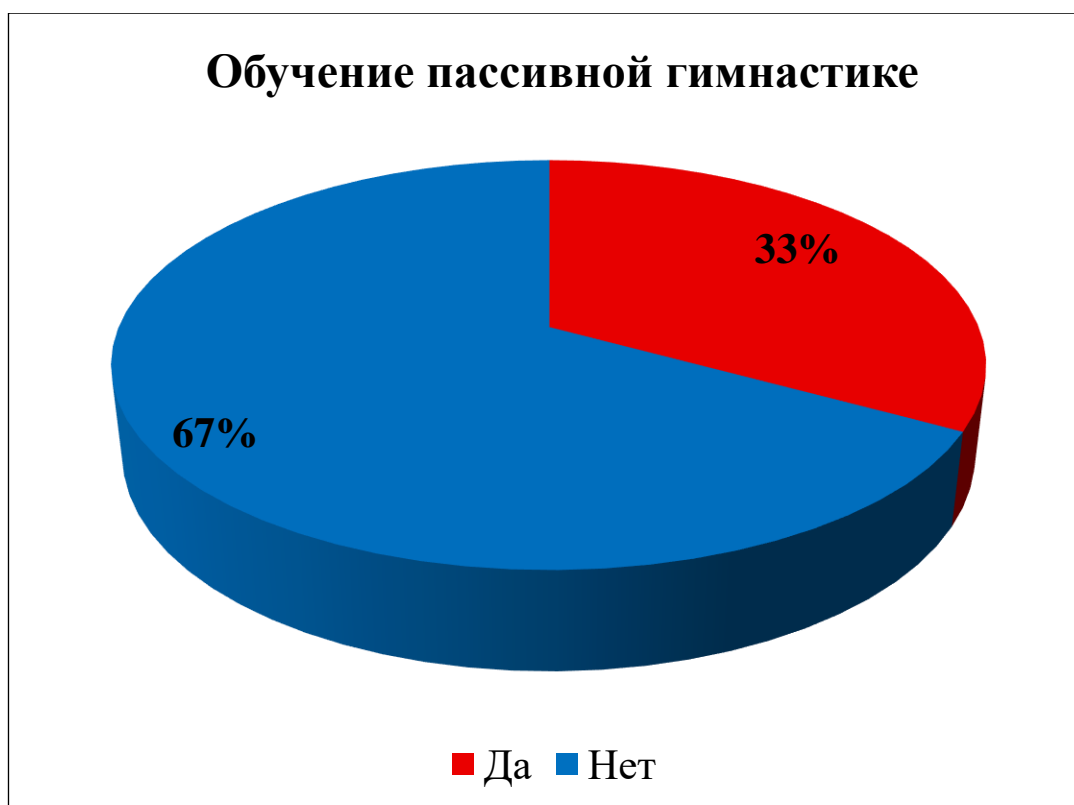


Рис. 3. Обучение пассивной гимнастике

Анализируя полученные данные (Рис. 3.) мы видим, что: 20 человек (67%), ответили, что ни они, ни родственники не были информированы медицинской сестрой о необходимости проведения пассивной гимнастики. И только 10 человек (33%) ответили, что были проинформированы. Полученные

данные говорят о том, что медицинскими сестрами не уделяется должного внимания по данному вопросу.

При проведении пассивных упражнений важно правильно определить их амплитуду и скорость, которые зависят от неврологического статуса больного и степени повышения тонуса. Нельзя забывать, что такие факторы, как высокая амплитуда и скорость могут усилить и без того повышенный тонус спазмированных мышц пациента. Поэтому мы задали следующий вопрос пациентам: «Информировала ли Вас медицинская сестра о важности правильного выполнения движений, направленных на восстановление двигательных функций?».



Рис. 4. Обучение о правильности выполнения движений

Изучая полученные данные (Рис. 4.), стоит отметить, что: только 20 человек (67%) ответили, что они и их родственники, были информированы медицинской сестрой о правильности выполнения движений, что необходимо для правильного восстановления двигательных функций. А 33% – 10 человек

информации о правильности выполнения движений не получили совсем.

О том, как недостаток информации отразился на не охваченных информированием пациентах, был наш следующий вопрос, направленный на недостаток компетентной информации: «Испытывали ли Вы недостаток компетентной информации от медицинской сестры?».



Рис.5. Дефицит информирования

Мы видим (Рис. 5.), что дефицит информации испытывают 7 человек (70%), о том, что можно найти информацию в другом источнике ответил 1 человек (10%), отсутствие информации никак не отразилось на 2 пациентах (20%).

Медицинской сестре необходимо уделять внимание всем пациентам, не зависимо от того, как настроен пациент. Уделять особое внимание, тем пациентам, которые не информированы.

В следующем блоке мы оценивали деятельность медсестры по восстановлению нормального тонуса мышц.

Для уменьшения патологической спастичности нужно постараться устранить все факторы, повышающие мышечный тонус. Не маловажное значение должно уделяться жесткости кровати пациента. В ходе опроса респондентам был задан следующий вопрос: «Насколько мягкой была ваша кровать?».



Рис. 6. Жесткость кровати

Анализируя полученные данные (Рис. 6.) можно сделать вывод что: у 12 человек (40%) кровать была мягкая. Так уже у 40% респондентов кровать была средней жесткости. А 6 человек (20%), не обратили на это внимания. Есть риск, что у 40% опрошенных пациентов, которые лежали на мягкой кровати, может нарушиться нормальное крово- и лимфообращение, а также усилиться спастичность и увеличение риска возникновения пролежней.

Пациенты с тяжелой патологией чаще лежат на спине, так как это наиболее удобное положение для осуществления ухода. Но долгое нахождение в данном положении может привести к нежелательным последствиям, таким

как: пролежни и усиление типичных вариантов спастичности. Медицинская сестра должна помогать пациенту принимать правильные положения тела с использованием вспомогательных средств, чтобы свести к минимуму возникновение этих нежелательных последствий. Поэтому мы задали пациентам следующий вопрос: «Оказывали ли Вам медицинская сестра помощь при принятии правильного положения «Лежа на спине»?».



Рис. 7. Положение тела «Лежа на спине»

Учитывая полученные данные (Рис. 7.), можно сделать вывод что: 87% опрошенным пациентам – 26 человек, медицинская сестра помогала принять положение тела «Лежа на спине». 13% респондентов ответили, что медицинская сестра не помогала принять правильное положение тела, лежа на спине с использованием дополнительных приспособлений.

В положении тела, лежа на животе, уменьшается давление на опорные части тела, особенно, на крестец и грудную клетку. Однако пожилые пациенты, а также те, кто страдает заболеваниями сердечно-сосудистой системы, в этом

положении могут чувствовать себя хуже. Это положение способствует восстановлению функции мышц-разгибателей и мышц-сгибателей. Чтобы узнать у пациентов, помогала ли им медсестра принимать правильное положение тела «Лежа на животе», мы задали им следующий вопрос: «Помогала ли Вам медицинская сестра принять положение «Лежа на животе»?».

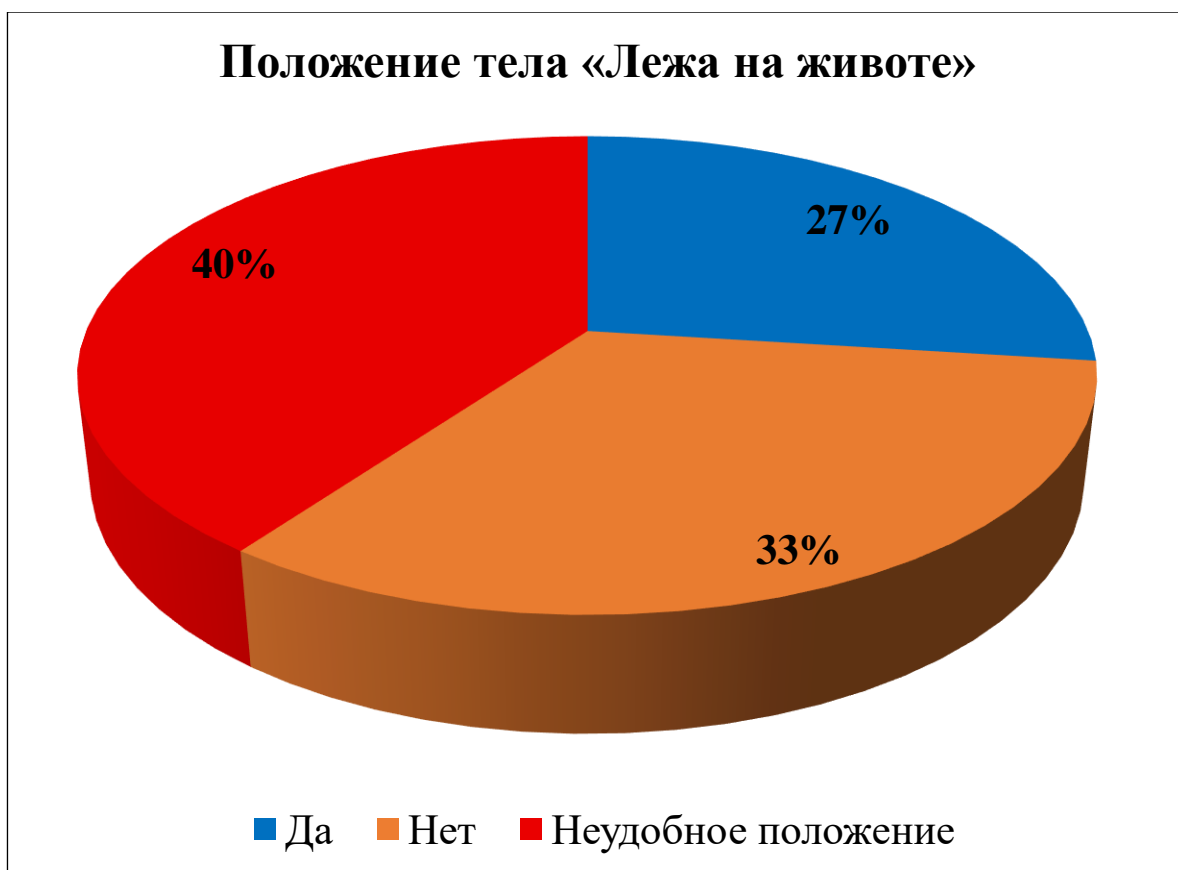


Рис. 8. Положение тела «Лежа на животе»

Исходя из полученных данных (Рис. 8.), можно сделать вывод что: для 40% опрошенных пациентов – 18 человек, это положение тела было не удобным. 27% опрошенным – 10 человек, медицинская сестра помогала принять это положение в постели, а 33% – 12 человек не помогала.

Большое количество положений, которые принимает пациент во время ранней реабилитации инсульта, могут вызвать спастичность, появление контрактур и возникновение патологических синкинезий, при неправильном положении тела в постели, но «Лежа на боку», одно из положений тела, которое

не вызывает спастичности, что говорит о его большой эффективности. Поэтому его применение при реабилитации спастичности при инсультах полностью оправдано, и рекомендуется многими специалистами. Чтобы узнать у пациентов помогала ли им медицинская сестра занимать правильное положение тела «Лежа на боку», мы задали им следующий вопрос: «Оказывали ли Вам медицинская сестра помощь при принятии правильного положения «Лежа на боку»?».

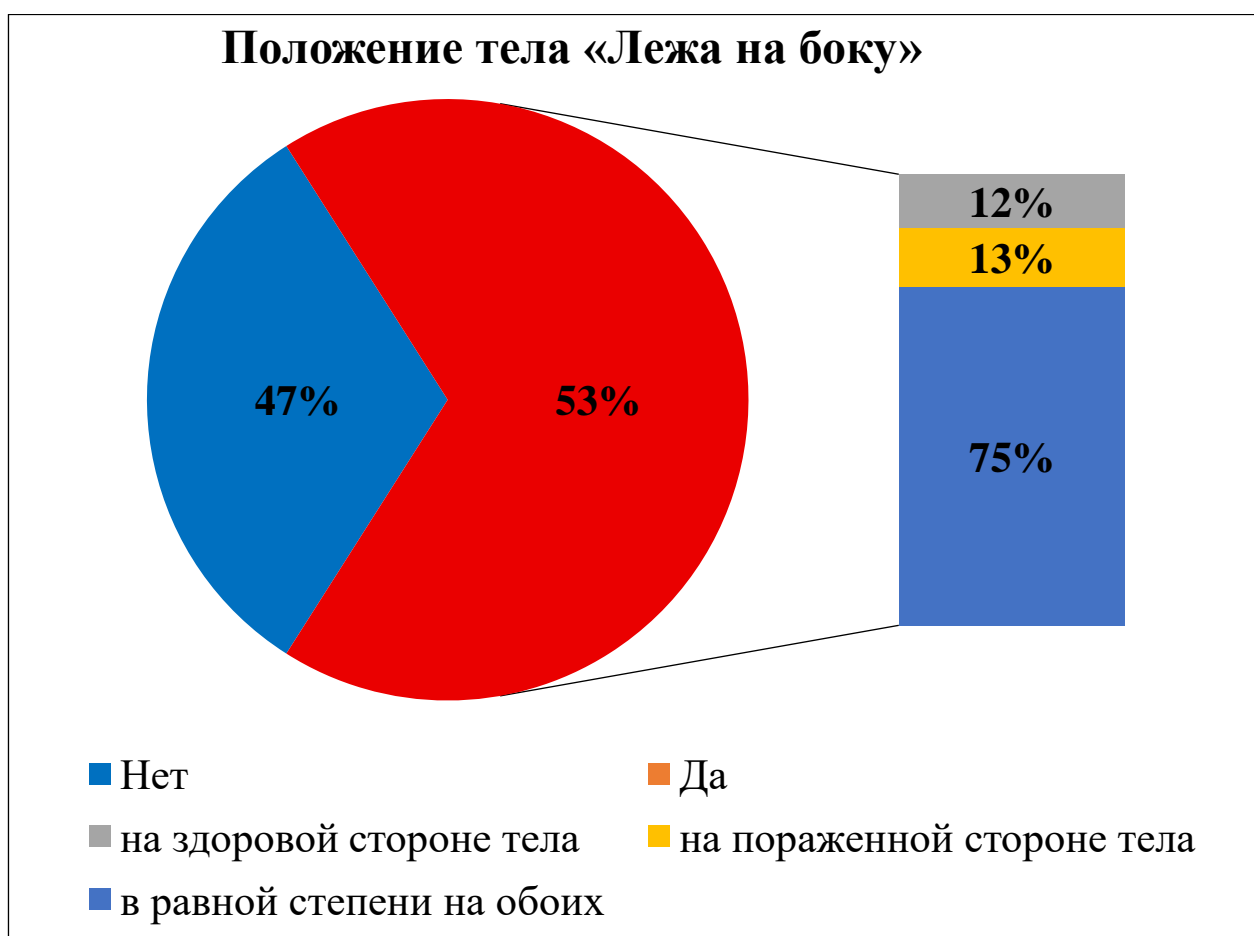


Рис. 9. Положение тела «Лежа на боку»

Анализируя полученные данные (Рис. 9.), мы видим, что: 14 пациентам (47%) медицинская сестра не помогала принять положение «Лежа на боку». 16 пациентам, что составило 53% медицинская сестра помогала принять это положение, из них 12 пациентам (75%) она помогала принять положение в равной степени на обеих сторонах, 2 пациентам (13%) на пораженной стороне тела и 2 пациентам (12%) на здоровой стороне тела.

Большей части пациентов медицинская сестра помогала в принятии нужного положения. Это говорит о том, что в большинстве, работа по профилактике нежелательных последствий проводится. Но, 47% респондентов ответили, что необходимые мероприятия не проводятся, что возможно связано с большой нагрузкой на сотрудников, работающих в данном отделении.

Для того, чтобы у пациента не возникали нежелательные последствия, медицинская сестра должна точно и четко знать как проводить их профилактику. Чтобы подвести итоги полученных данных блока 2, мы задали пациентам следующий вопрос: «Были ли у Вас какие-то нежелательные последствия?», и провели анализ полученных ответов.

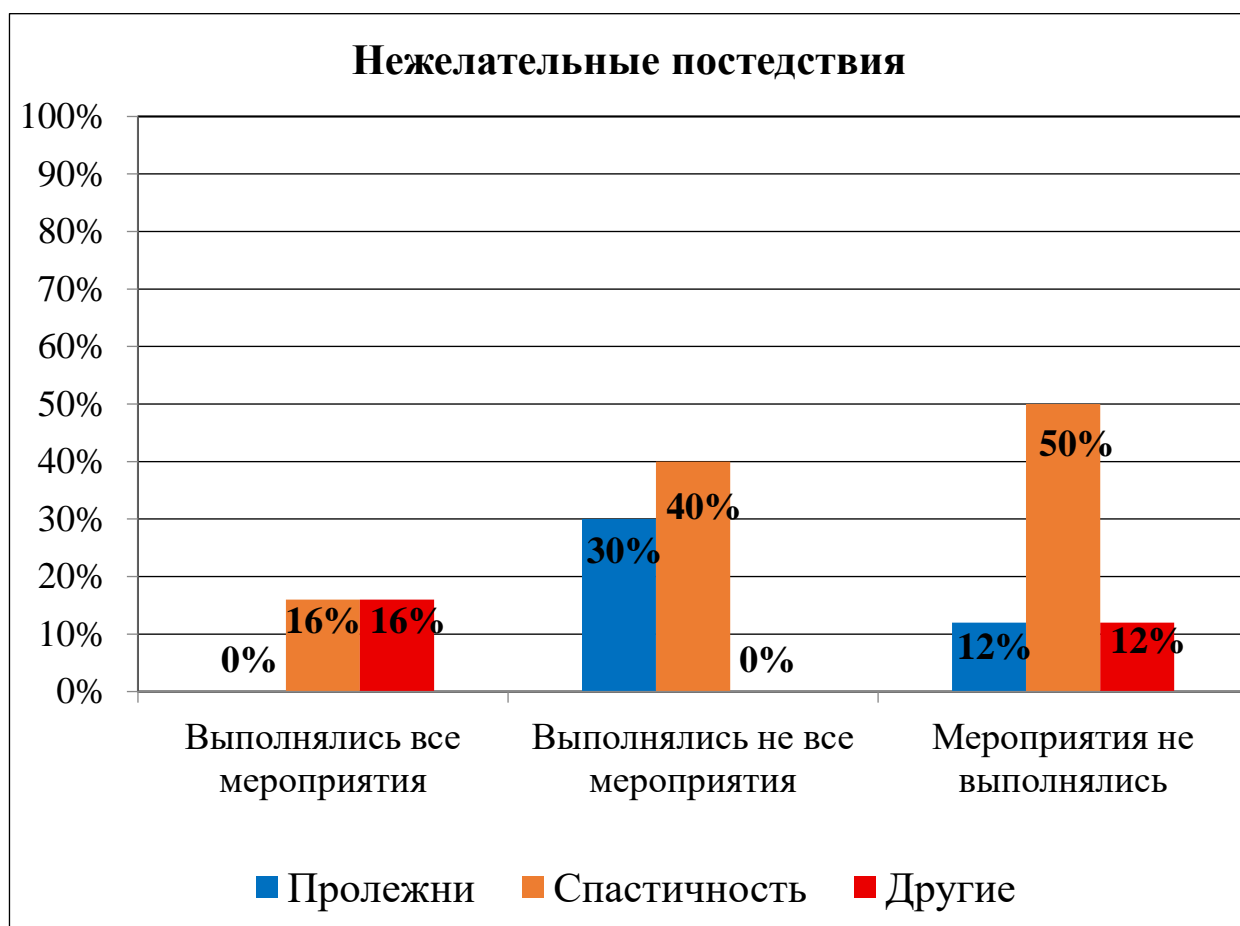


Рис. 10. Нежелательные последствия

Итоги анализа блока 2 (Рис. 10.), следующие: среди пациентов, которым проводились все вышеперечисленные мероприятия осложнения, встречаются у 4 человек (32%). Среди пациентов, которым мероприятия проводились не в

полном объеме, нежелательные последствия возникли у 7 человек (70%). У пациентов, которым мероприятия не проводились, нежелательные последствия возникли у 6 человек (74%), что является наивысшим процентом.

В 3 блоке мы оценивали деятельность медицинской сестры направленную на восстановление равновесия пациентов.

Для восстановления равновесия в сидячем положении, пациент должен дотягиваться до предметов на прикроватном столике здоровой рукой, поворачивая при этом туловище и опираясь на больной локоть. Поэтому прикроватный столик должен стоять со стороны поражения. Нами был задан вопрос о месте нахождения прикроватного столика.



Рис. 11. Расположение прикроватного столика

Полученные данные (Рис. 11.) говорят о следующем: у 18 человек (60%), прикроватный столик стоял со здоровой стороны тела. У 8 человек (26%), столик стоял со стороны поражения. И у 4 человек (14%), столик не стоял

вообще. Так как у большинства пациентов столик стоял не с необходимой стороны можно сделать вывод, что медсестрами не придается особого значения данному вопросу. Даже расположение прикроватного столика является важным моментом в ранней реабилитации.

Положение тела «Сидя в постели» является первым небольшим, но очень важным шагом к восстановлению равновесия. Большинство пациентов и их родственников, не знают о правилах и методах реабилитации, медицинские работники должны давать пояснения к каждому, даже, не значительному действию и рассказывать о его воздействии на организм пациента, перенесшего инсульт. Чтобы узнать помогала ли пациентам медицинская сестра занимать положение тела «Сидя в постели», мы задали следующий вопрос: «Помогала Вам медицинская сестра принять положение «Сидя в постели»?».



Рис. 12. Положение тела «Сидя в постели»

Исходя из полученных данных (Рис. 12.) можно сделать вывод что: 87% пациентам, что составило 26 человек, медицинская сестра помогала принимать

это положение. А 4 пациентам (13%) не помогала.

Для восстановления равновесия ключевым моментом является восстановление сенсорных ощущений. Для этого необходимым условием является сидение на краю постели с поставленными на пол ногами.



Рис. 13. Стимуляция сенсорных ощущений в подошвах стоп

Учитывая полученные данные (Рис. 13.), можно сделать вывод что: 16 опрошенным (53%) медицинская сестра помогала сесть на край кровати с пущенными на пол ногами, а 14 пациентам (47%) не помогала.

Перемещение пациента на стул является необходимым упражнением в процессе ранней реабилитации. Чем раньше пациент будет переведен в положение сидя, тем быстрее он научится сохранять равновесие. В первое время пациент не способен выполнять данное упражнение сам, ему необходима посторонняя помощь, но через некоторое время пациент должен выполнять перемещение самостоятельно. Поэтому нами был задан вопрос: «Помогала Вам медицинская сестра встать с постели и сесть на стул?».

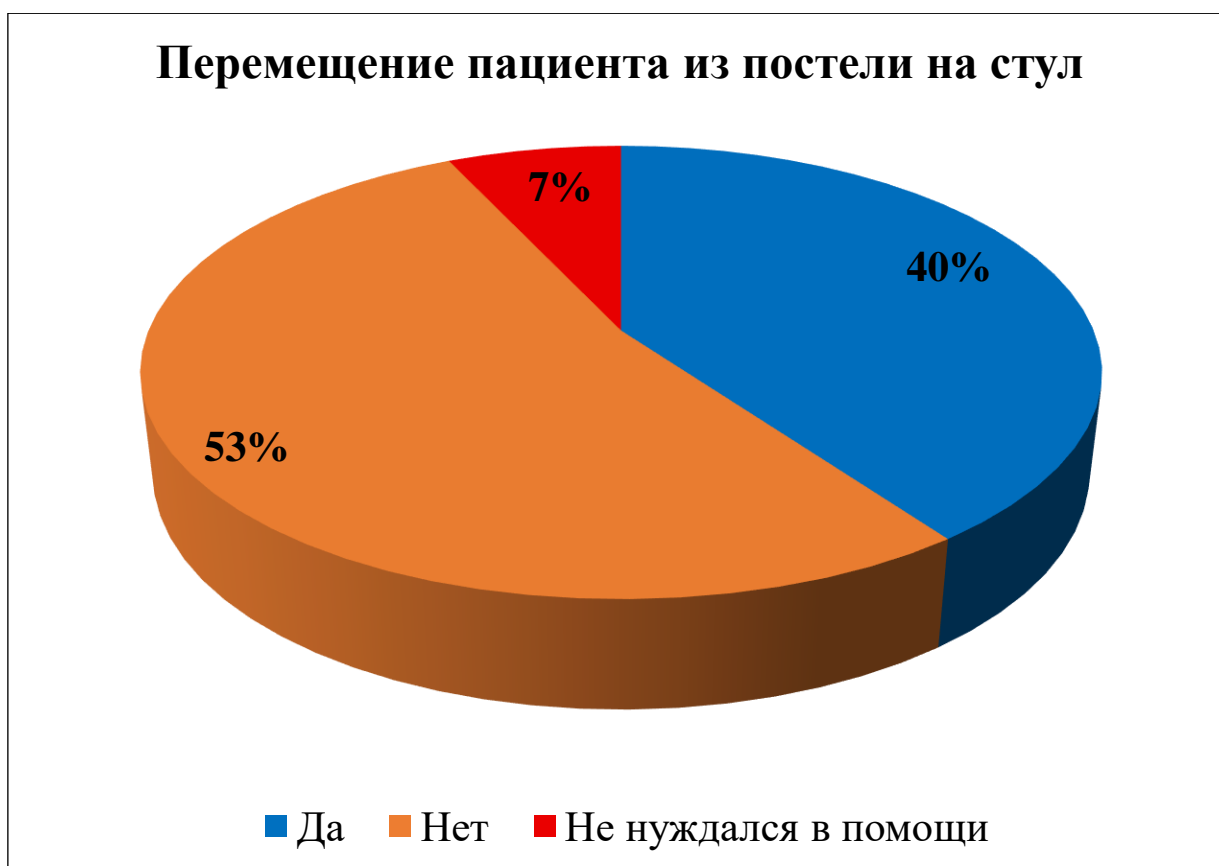


Рис. 14. Перемещение пациента из постели на стул

Изучая полученные данные (Рис. 14.), стоит отметить, что: 16 пациентам (53%) медицинская сестра не помогла встать с постели и сесть на стул. 12 пациента (40%) она помогла это сделать. А 2 пациента (7%) не нуждались в ее помощи.

Восстановление равновесия является одной из важных ступеней в ранней реабилитации. Как только пациент восстановит равновесие, он сможет выполнять другие мероприятия, направленные на восстановление утраченных функций.

Для того чтобы восстановить равновесие, пациенту необходимо выполнять множество мероприятий. И чем активней и правильней он будет их выполнять, тем быстрее он сможет его восстановить.

Чтобы узнать за какое время пациентам удалось восстановить равновесие, нами был задан следующий вопрос: «Сколько времени Вам потребовалось, чтобы научиться сохранять равновесие?».

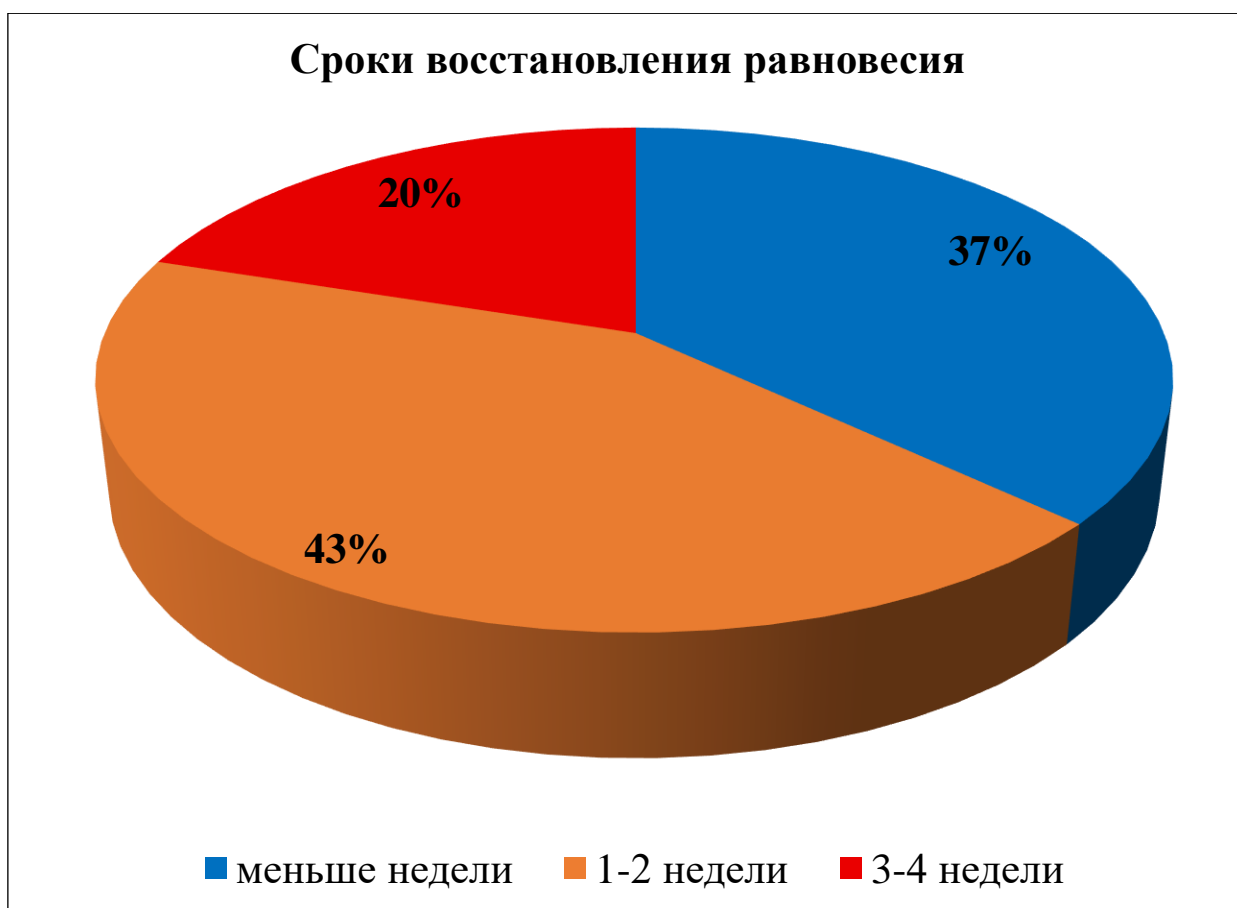


Рис. 15. Сроки восстановления равновесия

Анализируя данные (Рис. 15.), стоит отметить, что: для восстановления равновесия 13 пациентам (43%) потребовалось 1-2 недели, 11 человек (37%) восстановили равновесие меньше чем за неделю. 6 человек ответили (20%), что для этого им потребовалось 3-4 недели.

В 4 блоке мы оценивали деятельность медицинской сестры, направленную на профилактику патологический синкинезий.

Коррекция положением очень важный момент в ранней реабилитации. Потому что, с помощью нее производится: лечение контрактур нижних конечностей, ограничение супинации бедра, предупреждение переразгибания коленного сустава.

Коррекция положением невозможна без вспомогательных средств, таких как валики: шины, подушки и прочий инвентарь. Для того чтобы выяснить проводилась ли она, нами был задан следующий вопрос: «Применяла ли медицинская сестра дополнительные средства (валик, шины, подушки)?».



Рис. 16. Коррекция положением

Проведя анализ данных (Рис. 16.), было выявлено, что: только у 14 пациентов (47%), что составило меньше половины, что крайне мало, в раннем периоде реабилитации были использованы вспомогательные средства, что говорит о проведении коррекции положением. У 12 человек (40%), они не использовались. И 4 человека (13%), не придали этому значения.

Один из основных методов растормаживания – система пассивных движений для паретичных конечностей.

С помощью пассивных движений сохраняется или восстанавливается утраченная схема нормально совершаемых движений, что является неотъемлемой частью нормализации двигательных функций.

Чтобы узнать проводит ли медицинская сестра профилактику синкинезий, мы предложили респондентам ответить на следующий вопрос: «Помогала ли Вам медицинская сестра по прошествии 3–5 суток занимать нужные положения без помощи вспомогательных средств (подушек, валиков)?».

Профилактика патологических синкинезий

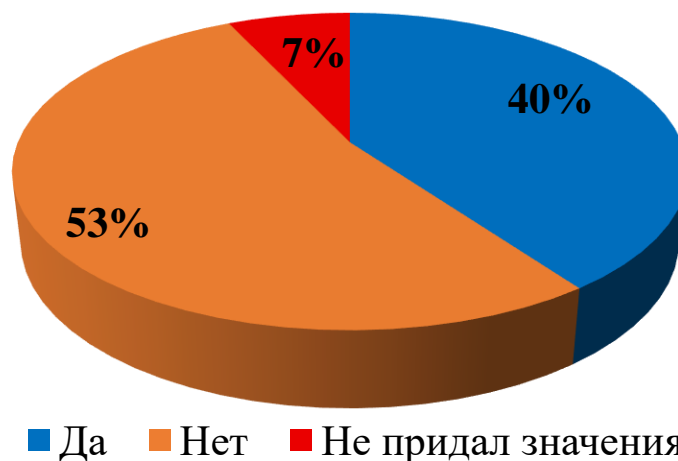


Рис. 17. Профилактика патологических синкинезий

При анализе данных (Рис. 17.) было выявлено следующее: у 16 человек (53%) не проводились мероприятия по предотвращению патологических синкинезий. А проводилось только у 12 человек (40%).

Чтобы оценить эффективность деятельности медицинской сестры в проведении пассивной гимнастики, мы задали пациентам следующий вопрос: «Наблюдалось ли у Вас резкая слабость или отсутствие движения со стороны поражения?».

Наличие нежелательных последствий

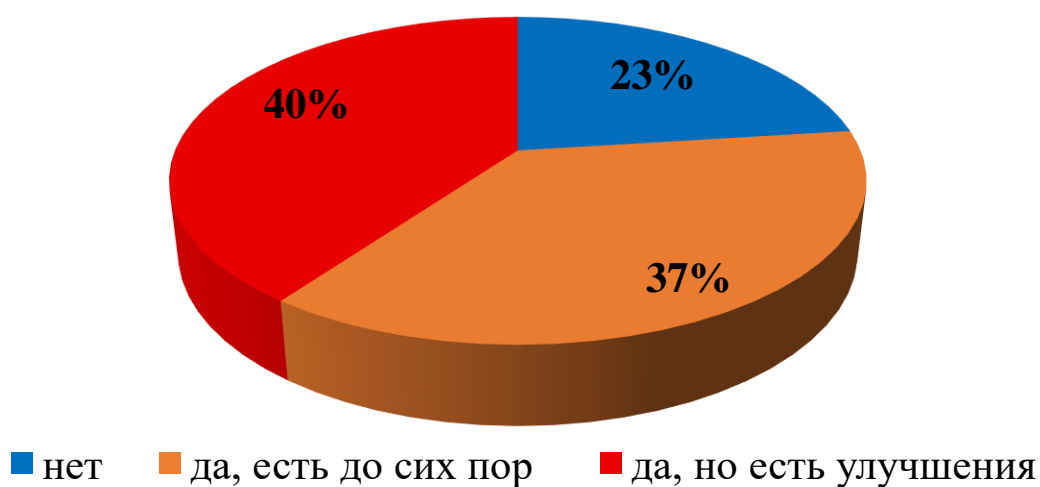


Рис. 18. Наличие нежелательных последствий

Исходя из полученных (Рис. 18.), мы видим, что: у 12 человек (40%) наблюдались резкая слабость или отсутствие движения со стороны поражения, но были улучшения, у 11 пациентов (37%) они сохранились до сих пор и только у 7 пациентов (23), они не наблюдаются на данный момент.

В последнем блоке мы оценивали деятельность медицинской сестры направленную на мероприятия по ликвидации апраксии.

Основным методом реабилитации при апраксии, является кинезотерапия. Она включает в себя комплекс целенаправленных движений, который необходимо выполнять ежедневно.

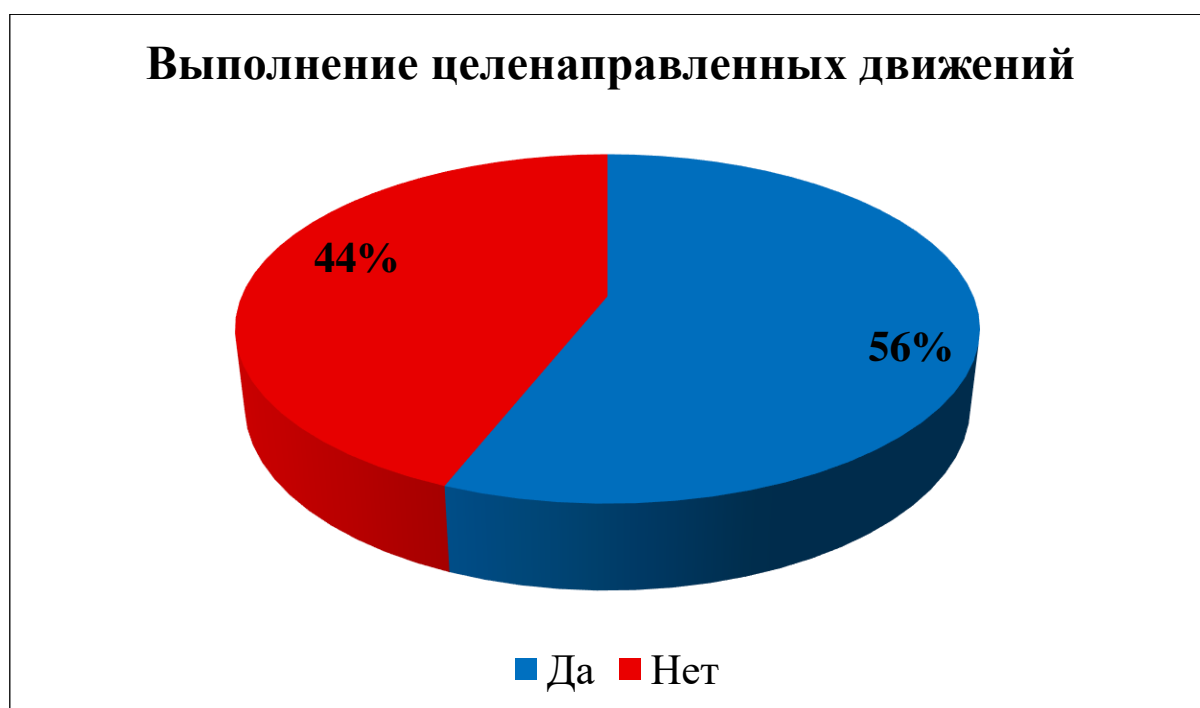


Рис. 19. Выполнение целенаправленных движений

Проведя анализ данных (Рис. 19.), мы видим, что: только 17 пациентов (56%) выполняли движения для ликвидации апраксии. 13 человек (44%) не выполняли эти упражнения.

Важным методом для ликвидации апраксии является выполнение определенных движений направленных на восстановление мелкой моторики. Чтобы узнать выполняют ли пациенты эти движения, мы задали следующий вопрос: «Выполняли ли вы упражнения на восстановление мелкой моторики (построение фигур из спичек, перебирание крупных бусин и т.д.)?».



Рис. 20. Восстановление мелкой моторики

Исходя из полученных данных (Рис. 20.), видно, что: только 7 пациентов (23%) выполняли движения на восстановление мелкой моторики. А 23 пациента (77%).

Чтобы оценить эффективность выполнения движений, направленных на ликвидацию апраксии и восстановление мелкой моторики, мы задали следующий вопрос: «Получается ли у Вас выполнять целенаправленные действия (захват предметов)?».

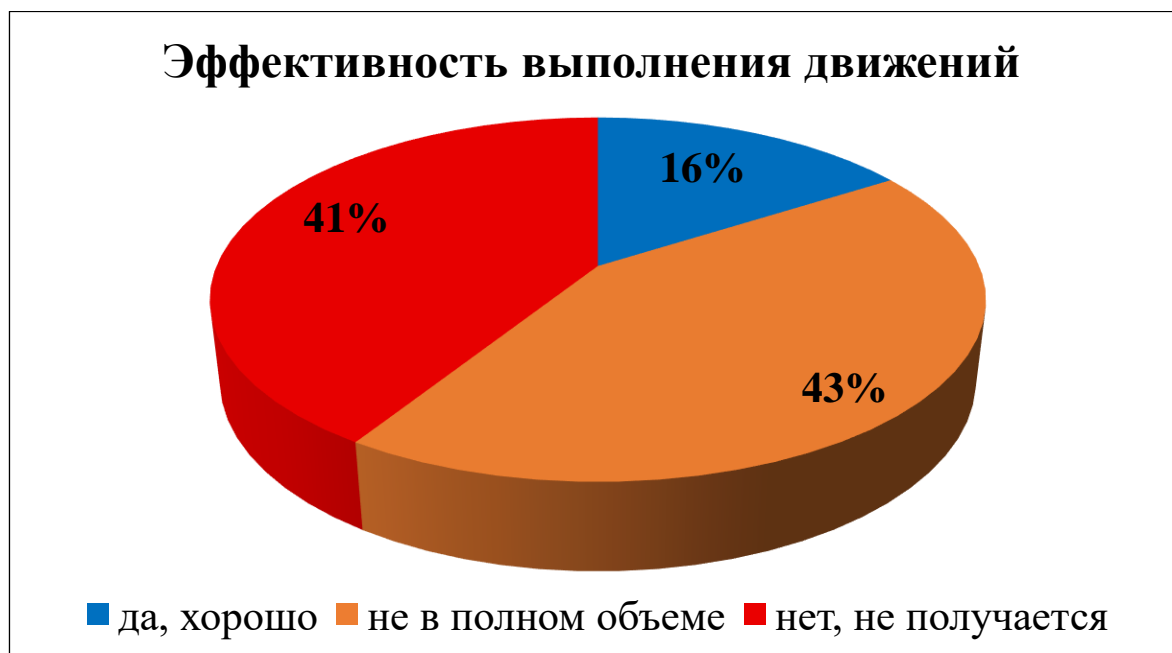


Рис. 21. Эффективность выполнения движений

Изучая полученные данные (Рис. 21.), стоит отметить, что: только для 5 человек (16%) выполнение этих движений было эффективным. Для 13 человек (43%) эффект от действий, направленных на ликвидацию апраксии, был не полным. И у 12 пациентов (41%) эти движения не получались.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В реабилитации пациентов, перенесших инсульт нет мелочей. Даже, в раннем периоде, когда пациент еще совсем слаб, нельзя упускать ни дня, ведь, от добросовестности, регулярности и качества проведенных мероприятий зависит будущее пациента, его возможность вернуться к полноценной жизни или же адаптироваться к изменившимся условиям, связанным с состоянием его здоровья.

Анализируя данные проведенного нами исследования, можно сделать следующие **выводы**:

1. Деятельность медицинской сестры в реабилитации больных после инсульта требует организации сложной системы оказания помощи с учетом специфики, клинических особенностей и индивидуального подхода к пациентам.

2. Большая часть респондентов – это женщины в возрасте от 46 до 50 лет

3. 2/3 респондентов испытывают дискомфорт от недостатка информации.

4. Об эффективности профилактических мероприятий говорит то, что в группе пациентов, которым не проводились профилактические мероприятия количество осложнений в два раза выше, чем в той, где профилактика проводилась в полном объеме.

5. Почти половина пациентов смогли восстановить равновесие в течение 1-2 недель с помощью специализированных упражнений, что говорит об их эффективности.

6. У половины респондентов мероприятия по растормаживанию двигательных функций и устранению апраксии не проводилось.

В результате полученных выводов, были сформированы следующие **рекомендации** для медицинских сестер:

1. Необходимо повышать свои коммуникативные навыки для грамотного

осуществления индивидуального подхода к пациентам.

2. Активнее проводить работу по информированию и обучению пациентов и родственников правильному выполнению реабилитационных мероприятий в каждом периоде.

3. Иметь интерес к своей должности и добросовестно выполнять свои обязанности.

4. Обучать родственников уходу за больными и обучить пациентов самоуходу.

5. Проводить все мероприятия по профилактике синкинезий, и спастичности.

6. Проводить мероприятия для растормаживания и предупреждения апраксий.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бойко, А.Н. Спастичность: клиника, диагностика и комплексная реабилитация с применением ботулинотерапии [Текст] : учебник / Бойко А.Н. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 251 с.
2. Григоренко, А.П. Общие рекомендации по восстановлению утраченных функций после инсульта [Электронный ресурс] / А.П. Григоренко, Ж.Ю. Чефранова – Москва : MEDBE.RU, 2017. – <https://medbe.ru/materials/reabilitatsiya-posle-insulta/vosstanovlenie-utrachennykh-funktsii-posle-insulta/>
3. Гусева, Е.И. Неврология [Текст] : учебник / Е.И. Гусева, А.Н. Коновалова, В.И. Скворцовой – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 392 с.
4. Двойников, С. И. Проведение профилактических мероприятий [Текст] : учебник / С. И. Двойников ; под ред. С. И. Двойникова. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 448 с.
5. Епифанов, В.А. Лечебная физическая культура [Текст] : учебник / Епифанов, В.А. Епифанов – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 298 с.
6. Епифанов, В.А. Медико-социальная реабилитация пациентов с различной патологией [Текст] : учебник / В.А. Епифанов, А.В. Епифанов – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 734 с.
7. Епифанов, В.А. Реабилитация в неврологии [Текст] : учебник / В.А. Епифанов, А.В. Епифанов. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 416 с.
8. Кадыкова, А. С. Практическая неврология [Текст] : учебник / под ред. А. С. Кадыкова, Л. С. Манвелова, В. В. Шведкова – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 482 с.
9. Котенко, К.В. Реабилитация при заболеваниях и повреждениях нервной системы [Текст] : учебник / К.В. Котенко – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 450 с.
10. Крылов, В.В. Хирургия массивного ишемического инсульта [Текст] : учебник / В. В. Крылов – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 136 с.

11. Лычев, В.Г. Сестринский уход в терапии. Участие в лечебно-диагностическом процессе [Текст] : учебник / В.Г. Лычев, В.К. Карманов – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 544 с.
12. Обуховец, Т.П. Сестринское дело в терапии с курсом первичной медицинской помощи [Текст] : учебник / Т.П. Обуховец; под ред. Б.В. Кабарухина – Ростов на Дону : Феникс, 2015. – 412 с.
13. Ослопов, В. Н. Общий уход за больными терапевтического профиля [Текст] : учебник / В. Н. Ослопов, О. В. Богоявленская – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 464 с.
14. Основные показатели деятельности медицинских организаций и состояния здоровья населения Белгородской области за 2017 год. / Редактор: к.м.н. Степчук М.А. : Департамент здравоохранения и социальной защиты населения Белгородской области Медицинский информационно-аналитический центр. – Белгород, 2018.
15. Смолева, Э.В. Сестринский уход в терапии: МДК 02.01 Сестринский уход при различных заболеваниях и состояниях [Текст] : учебник / Э.В. Смолева; под ред. Б.В. Кабарухина – Ростов на Дону : Феникс, 2017. – 365 с.
16. Тарасевич, Т.В. Сестринское дело [Текст] : учебник / Т.В. Тарасевич – Минск : РИПО, 2017. – 359 с.
17. Чучалин, А.Г. Клиническая диагностика [Текст] : учебник / Чучалин А.Г., Бобков Е.В. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 800 с.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Анкета

Здравствуйте, мы просим Вас найти несколько минут и заполнить предлагаемую анкету. Ваши ответы помогут составить более полное и точное представление о работе медицинской сестры. Конфиденциальность полученных данных гарантируем. Все результаты будут использованы в обобщенном виде.

1. Ваш возраст?

А) 30-40 лет

Б) 41-45 лет

В) 46-50 лет

Г) более 50 лет

2. Ваш пол?

А) мужской

Б) женский

3. Информировала ли Вас медицинская сестра о правильности и необходимости изменения положения тела в постели?

А) да, информировала

Б) нет, не информировала

4. Информировала ли Вас медицинская сестра о важности правильного выполнения движений, направленных на восстановление двигательных функций?

А) да

Б) нет

5. Испытывали ли Вы недостаток компетентной информации от медицинской сестры?

А) да, очень большой

Б) нет, информацию можно найти в других источниках

В) эта информация важна, но ее не предоставили

6. Насколько мягкой была ваша кровать?

А) мягкая

Б) плотная, но не жесткая

В) не обратил внимания

7. Оказывали ли Вам медицинская сестра помощь при принятии правильного положения «Лежа на спине»?

А) да

Б) нет

8. Помогала ли Вам медицинская сестра принять положение «Лежа на животе»?

А) да, помогала

Б) нет, не помогала

В) мне неудобно лежать в этом положении

9. Оказывали ли Вам медицинская сестра помощь при принятии правильного положения «Лежа на боку»?

А) да

Б) нет

Если да, то, на каком?

А) на здоровой стороне тела

Б) на пораженной стороне тела

В) в равной степени на обоих

10. Были ли у Вас какие-то нежелательные последствия?

А) нет

Б) пролежни

В) напряжение мышц с пораженной стороны

Г) другие

11. С какой стороны стоял Ваш прикроватный столик?

А) со стороны поражения

Б) со здоровой стороны

В) не стоял вообще

12. Помогала Вам медицинская сестра принять положение «Сидя в постели»?

А) да, помогала

Б) нет, не помогала

13. Помогала Вам медицинская сестра сесть на край постели с опущенными на пол ногами?

А) да, помогала

Б) нет, не помогала

В) не придавал этому значения

14. Помогала Вам медицинская сестра встать с постели и сесть на стул?

А) да, помогала

Б) нет, не помогала

В) не нуждался в помощи медсестры

15. Сколько времени Вам потребовалось, чтобы научиться сохранять равновесие?

А) меньше недели

Б) 1-2 недели

В) 3-4 недели

Г) больше месяца

16. Подкладывала ли медицинская сестра Вам под колени валик?

А) да, подкладывала

Б) нет, не подкладывала

В) не обращал на это внимания

17. Помогала ли Вам медицинская сестра по прошествии 3-5 суток занимать нужные положения без помощи вспомогательных средств (подушек, валиков)?

А) да, помогала

Б) нет, не помогала

В) не придавал этому значения

18. Наблюдалось ли у Вас резкая слабость или отсутствие движения со стороны поражения?

А) нет

Б) да, есть до сих пор

В) да, но есть улучшения

19.Какие из перечисленных упражнений Вы выполняли?

А) Скрещивание рук на груди

Б) Вытягивание рук вперед

В) попеременное расположение кистей рук друг на друга

Г) не выполнял

20.Выполняли ли вы упражнения на восстановление мелкой моторики (построение фигур из спичек, перебирание крупных бусин и т.д.)?

А) да

Б) нет

21.Получается ли у Вас выполнять целенаправленные действия (захват предметов)?

А) да, хорошо

Б) не в полном объеме

В) нет, не получается

Спасибо за участие! Нам важно Ваше мнение!