

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ

**«БЕЛГОРОДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
(Н И У «Б е л Г У»)**

МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ

ЦМК клинических дисциплин

**ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ СЕСТРИНСКОГО УХОДА ЗА ПАЦИЕНТАМИ С
ТРАВМАМИ ПОЗВОНОЧНИКА**

Дипломная работа студентки

очно-заочной формы обучения
специальности 34.02.01 Сестринское дело
4 курса группы 03051582
Демьяновой Анны Евгеньевны

Научный руководитель
преподаватель Павленко Л.В.

Рецензент
врач-оториноларинголог
поликлинического отделения
ОГБУЗ «Белгородская областная
клиническая больница Святителя Иоасафа»
Гусарова О. И.

БЕЛГОРОД 2019

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	3
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ТРАМ ПОЗВОНОЧНИКА.....	7
1.1. Определение, этиология, клиническая картина травм позвоночника..	7
1.2. Диагностика, первая помощь, лечение и профилактика осложнений у пациентов с травмами позвоночника	17
1.3. Деятельность медицинской сестры в уходе за пациентами с травмами позвоночника	25
ГЛАВА 2. ИССЛЕДОВАНИЕ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В УХОДЕ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ТРАВМАМИ ПОЗВОНОЧНИКА В ПЕРИОД ИХ ПРЕБЫВАНИЯ В СТАЦИОНАРЕ.....	32
2.1. Характеристика базы исследования ОГБУЗ «Городская больница №2 г. Белгорода».....	32
2.2. Статистические данные по травмам позвоночника по отделению травматологии и ортопедии	34
2.3. Анализ деятельности медицинской сестры в уходе за пациентами с травмами позвоночника.....	39
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	52
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ.....	54
ПРИЛОЖЕНИЕ	56

ВВЕДЕНИЕ

Травматизация позвоночника является одной из сложных проблем для таких направлений как нейрохирургия, травматология и нейрореабилитация. Травмы позвоночника относятся не исключительно к медицинской проблеме, они так же влекут за собой проблемы экономического и социального характера. Это связано с высокими показателями летальных исходов, инвалидизации населения, высокие затраты на лечение и последующую реабилитацию, а так же проблемы в уходе и социальном обеспечении таких пациентов и их семей.

Надо отметить, что позвоночник в организме является самым большим, но и не защищенным отделом среди всех представителей костной системы. Причины травматизации позвоночника самые разнообразные. Неправильное лечение, в частности самолечение, некачественный уход, отказ от проведения реабилитационных мероприятий могут стать причиной развития осложнений, порой которые исправить невозможно.

Огромна и недооценима роль средних медицинских работников, которые принимают прямое участие в лечебных и реабилитационных мероприятиях у пациентов с травмами позвоночника.

Травмы позвоночника составляют около 60 % от всех известных нам травм, около 5,5-17,8 % от всех повреждений опорно-двигательного аппарата. Инвалидность встречается в 12,3 % случаев. Около 40-60 % пациентов с травмами позвоночника параллельно имеют травмы со стороны других органов и систем. По поражению отделов позвоночника существуют показатели: шейный отдел 31,2%, грудной отдел 12,5%, сочетанное поражение грудного и поясничного отдела – 23%, поясничный отдел – 20,8% [5, с.10].

По характеру переломов, чаще всего встречаются компрессионные переломы позвонков. Из переломов одиночных позвонков разного вида, компрессионный механизм встречается более чем в 60% случаев, по некоторым данным, доходя до 90% [5, с. 10].

По механизмам травмы: наиболее частой причиной является падения на спину, ноги, ягодицы, а также насильственное сгибание туловища, например, при автодорожных авариях.

Учитывая пол и возраст пациентов, травмы позвоночника в молодом и среднем возрасте чаще встречаются у мужчин, нежели у женщин, а в пожилом возрасте все наоборот. Травмы позвоночника среди детского населения ниже, чем у взрослых.

Согласно обобщенным отечественным и зарубежным данным частота травм позвоночника у детей составляет 10% всех травм, при этом средний годовой показатель – 23,4 случая на 100000 населения. При этом в России он составляет 28,3. Это может иметь двойное значение: с одной стороны, это свидетельствует о росте диагностики, а с другой – может говорить о снижении здоровья у детей [5, с. 11].

Согласно статистике травм позвоночника, качественные осложнения распределились следующим образом [5, с.11]:

- на первом месте – воспаление и сопутствующие инфекции. Они обусловлены длительной иммобилизацией, застойными пневмониями, наличием мочевого катетера и мочевой инфекции. Также у тяжелых пациентов возникают пролежни, которые часто осложняются развитием сепсиса. Также возможно инфицирование и при открытых травмах позвоночника;

- на втором месте – различные расстройства трофики, связанные с нарушением нормальной иннервации. К ним относят хронические трофические язвы, венозный тромбоз, вегетативную дисфункцию;

- третье место – это группа нарушений функции тазовых органов, которая приводит к стойкому нарушению дефекации и мочеиспускания;

- на четвертом месте – стойкие нарушения ортопедического характера, которые требуют особых средств реабилитации. К ним относятся вывихи, подвывихи, нарушение функции спинного мозга, параличи, парезы, появление хронического болевого синдрома.

Актуальность данной темы работы predetermined тем, что по определенным причинам, опираясь на вышеуказанные данные, травмы опорно-двигательного аппарата встречаются довольно часто и многие из них заканчиваются инвалидностью. Такие пациенты требуют большого внимания, ухода, для того чтобы их выздоровление, как полное, так и частичное наступило как можно скорее, в случае инвалидности многие требуют ежедневного ухода, и это связано с нарушением функции самообслуживания. Поэтому, огромная роль в ведении таких пациентов принадлежит среднему медицинскому персоналу. Так как именно медицинские сестры ежедневного по 24 часа в сутки находятся рядом с такими пациентами, они выполняют назначения врача, контролируют общие показатели пациентов и регистрируют все данные, в случае изменений сообщают все врачу, именно они осуществляют ежедневный уход, проводят беседы с пациентами и дают рекомендации по подготовке к исследованиям, по питанию, режиму, оказывают психологическую поддержку пациентам и их родственникам, обучают родственников правильно ухаживать за такими пациентами.

Объект исследования – пациенты с травмами позвоночника.

Предмет исследования – особенности организации сестринского ухода и реабилитации пациентов с травмами позвоночника, которые находятся на лечении в стационаре.

Цель исследования – изучить особенности организации сестринского ухода и реабилитации пациентов с травмами позвоночника в условиях стационара.

Задачи исследования:

1. Рассмотреть теоретические аспекты травм позвоночного столба.
2. Дать характеристику базы исследования – ОГБУЗ «Городская больница №2 г. Белгорода».
3. Проанализировать статистику по травмам позвоночника по отделению травматологии и ортопедии ОГБУЗ «Городская больница №2 г. Белгорода».

4. Проанализировать деятельность медицинской сестры в уходе за пациентами с травмами позвоночника.

Гипотеза – сестринский уход на различных этапах ведения пациентов с травмами позвоночника в условиях стационара позволит восстановить нарушенную двигательную способность пациента с травмой позвоночника, повысит уровень его физической подготовленности и нормализует психоэмоциональное состояние, таким образом, улучшит качество жизни.

Методы исследования:

1. Теоретический анализ источников литературы по теме исследования.
2. Методы анализа, синтеза и сравнения результатов исследования;
3. Социологический и статистический методы;

Теоретическая значимость: теоретический и практический материал можно использовать в качестве опорного материала для дальнейших исследований в данном направлении, для показательных данных для студентов со средним медицинским образованием, с уклоном на изначальную мотивацию и стремление их выполнять свои обязанности на высоком уровне, повышения качества жизни пациентов с травмами позвоночника.

Практическая значимость: полученные данные в ходе исследования могут использоваться для оценки качества оказываемой помощи медицинскими сестрами пациентам с травмами позвоночника, решить существующие проблемы в организации ухода за пациентами (улучшить отношение в коллективе, уделить больше внимания пациентам и их родственникам, решить проблему с недостатком информации предоставляемой пациентам по их заболеванию, питанию и т.д.).

Объем и структура выпускной квалификационной работы: объем работы – 54 стр. Структура дипломной работы: оглавление, введение, две главы с подглавами (по три в каждой главе), заключение, список использованных источников и литературы (15 источников), приложение («анкета»).

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ТРАМ ПОЗВОНОЧНИКА

1.1. Определение, этиология, клиническая картина травм позвоночника

В большинстве случаев травмы позвоночника возникают в результате интенсивных воздействий: автодорожных происшествий, падений с высоты, обрушений (например, обвалов перекрытий здания при землетрясениях, завалов в шахтах). Исключение – повреждения, которые появляются на фоне предшествующих патологических изменений позвоночника, например, остеопороза, первичной опухоли или метастазов. В подобных случаях травма позвоночника нередко образуется вследствие обычного падения, удара или даже неловкого поворота в постели [10, с. 346].

Как правило, тип травмы позвоночника можно предсказать по характеру воздействия. Так, при дорожно-транспортных происшествиях у водителя и пассажиров нередко выявляется хлыстовая травма – повреждение шейного отдела позвоночника, обусловленное резким сгибанием или разгибанием шеи во время экстренного торможения или удара в автомобиль сзади. Кроме того, шейный отдел позвоночника страдает при травме ныряльщика – прыжке в воду вниз головой в недостаточно глубоком месте. При падении с высоты часто наблюдается сочетанная травма: перелом ниже-грудного отдела позвоночника, перелом таза и перелом пяточных костей [10, с. 347].

Чтобы хорошо понимать механизм повреждения позвоночника необходимо владеть знаниями анатомо-физиологических особенностей строения позвоночного столба, краткое изложение данной информации представлено в приложении.

Различают 7 основных механизмов действия повреждающего насилия:

- сгибательный,
- разгибательный,
- сгибательно-вращательный,
- компрессионный,

- повреждение от сдвига,
- повреждение от растяжения,
- прямой механизм повреждения [7, с. 401].

Сгибательный механизм возникает при резком, внезапном форсированном сгибании туловища человека (обрушивание тяжести на плечи, падение с высоты на ягодицы или выпрямленные ноги). Возникает типичный компрессионный клиновидный перелом тела позвонка (Рис. 1) в нижне-грудном или поясничном отделах позвоночника.

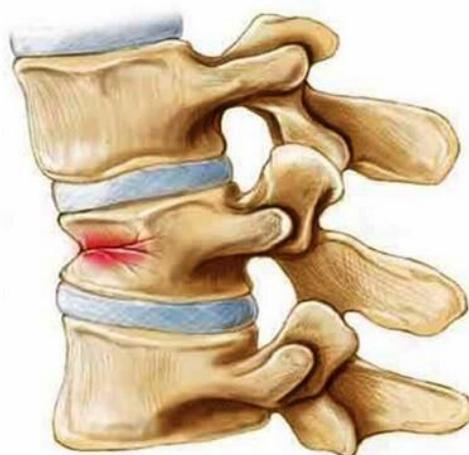


Рис. 1. Компрессионный перелом тела позвонка.

Анатомические структуры заднего опорного комплекса чаще остаются целыми, поэтому этот вид повреждения позвоночника относится к числу стабильных. Только при компрессионных клиновидных переломах 3 степени по классификации Бека происходит разрыв заднего опорного комплекса и перелом относится к группе нестабильных.

В шейном отделе вследствие анатомических и функциональных особенностей при сгибательном механизме травмы чаще всего возникают подвывихи (Рис. 2.), вывихи (Рис. 3.) и переломо-вывихи. Под подвывихом и вывихом понимают нарушение нормальных соотношений между суставными отростками двух смежных позвонков [7, с. 403].



Рис. 2. Подвывих С5 позвонка.



Рис. 3. Вывих С6 позвонка.

Разгибательный механизм. Наиболее часто он возникает в шейном отделе у автомобилистов при ДТП и у ныряльщиков при ударе лицом о дно реки, бассейна. В этом случае голова в момент травмы отклоняется кзади с одновременным резким внезапным форсированным разгибанием шейного отдела позвоночника, происходит разрыв передней продольной связки, структур межпозвоночного диска. Заподозрить такое повреждение можно при обнаружении кровоподтеков, царапин и ушибов в области лба и лица [7, с. 403].

В этих случаях нередко возникает тяжелое анатомическое повреждение спинного мозга. Такие пострадавшие требуют крайне бережной

транспортировки с надежной иммобилизацией шейного отдела позвоночника и головы.

Сгибательно-вращательный механизм насилия возникает при падении тяжести на область одного надплечья или лопатки несколько согнутого туловища. Травмирующая сила действует асимметрично и не только сгибает, но и вращает позвоночник вокруг его вертикальной оси. Этот механизм насилия вызывает повреждение анатомических структур заднего и среднего опорных комплексов. Возникают нестабильные повреждения. Эти повреждения чаще всего возникают в шейном отделе позвоночника, значительно реже – в поясничном и никогда – в грудном, имеющем дополнительное жесткое крепление в виде грудной клетки [7, с. 405].

Компрессионный механизм. Сила действует строго по вертикали и совпадает с осью пульпозных ядер межпозвоночного диска. Локализация перелома: шейный и поясничные отделы позвоночника. При этом происходит резкое повышение внутридискового давления, повреждение краниальной замыкательной пластинки тела нижележащего позвонка. В разрыв этой пластинки внедряется сжатое до предела пульпозное ядро диска и разрывает губчатую кость тела позвонка на отдельные фрагменты. Некоторые авторы называют такие повреждения «взрывными».

Возникает компрессионный оскольчатый перелом тела позвонка. При этом не только нарушается целостность не только переднего опорного комплекса, но также среднего и заднего. Таким образом, компрессионные оскольчатые повреждения относятся к категории нестабильных.

Повреждение от сдвига наиболее часто локализуется в грудном отделе позвоночника и возникают от насилия, когда нижележащая часть туловища имеет прочную точку опоры. Насилие, в этом случае, действующее выше точки опоры и сдвигает вышележащий отрезок позвоночника [7, с. 407].

Возникает переломо-вывих (Рис. 4.) с повреждением всех трех столбов позвоночника, всегда нестабильный и осложненный. Степень повреждения

спинного мозга зависит от величины «сдвига». Чаще всего это тяжелейшие травмы, требующие неотложной помощи [7, с. 408].



Рис. 4. Вывих С6 позвонка.

Дистракционные повреждения или повреждения от растяжения. Травма возникает в результате применения ремней безопасности в условиях внезапного резкого торможения или при столкновении автомобилей. Туловище сидящего в автомобиле человека, фиксированное к сидению привязными ремнями, по инерции продолжает двигаться вперед. Нижняя часть туловища остается в первоначальном положении, а верхняя устремляется кпереди и кверху. Происходит растяжение грудно-поясничного, поясничного отделов позвоночника и сгибание. При достаточном усилии от перерастяжения происходит разрыв межпозвоночного диска, передней, задней продольных связок, всех структур заднего связочного комплекса. Возможны вывихи, перелома-вывихи в грудно-поясничном, поясничном отделе позвоночника.

Прямой механизм – непосредственный удар по позвоночнику (страдают остистые отростки, дужки и суставные отростки) [7, с. 410].

В настоящее время самой распространенной является классификация F. Denis (1983), основанная на трехстолбовой биомеханической концепции повреждений (Рис. 5.). Согласно классификации F. Denis выделяют передний, средний и задний опорный комплекс (опорные столбы).

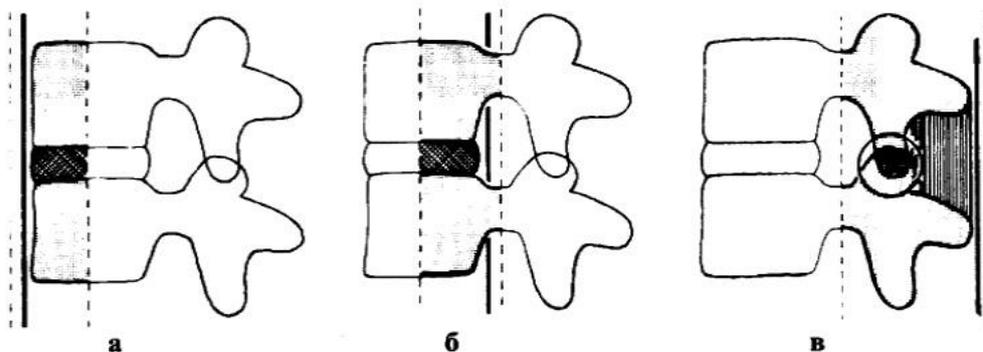


Рис. 5. Схема трехстолбовой концепции повреждений позвоночника F. Denis: а) передний, б) средний, в) задний позвоночные столбы.

Передний столб образован передней продольной связкой, передней 1/3 тела позвонка, передними отделами диска. Средний столб включает задние 2/3 отделы диска и тела, заднюю продольную связку. К заднему столбу отнесены задний опорный комплекс позвоночника – корни и дуги позвонков, суставные и остистые отростки, над- и межостистые связки, желтая связка и капсулы суставов [7, с. 413].

В соответствии с этой классификацией в зависимости от повреждений опорных столбов все переломы позвоночника разделены на стабильные и нестабильные. В случае изолированного повреждения переднего или заднего столбов перелом является стабильным. Изолированное повреждение среднего столба или сочетанное повреждение последнего с передним или задним столбом является нестабильным повреждением.

По анатомо-морфологическим характеристикам повреждения позвоночника разделяют на компрессионные переломы, оскольчатые переломы, переломо-вывихи.

1. Компрессионные переломы. Характерно повреждение переднего позвоночного столба, при этом средний и задний столбы, образующие позвоночный канал остаются интактными.

2. Оскольчатые переломы. В результате травмы образуется несколько костных фрагментов.

Отличительные особенности: 1) обязательное повреждение среднего позвоночного столба, 2) нарушение целостности переднего кольца позвоночного канала, 3) смещение фрагмента тела позвонка в позвоночный канал.

3. Переломо-вывихи. Характерные признаки: 1) повреждение переднего, среднего и заднего опорного комплекса (всех трех позвоночных столбов); 2) выраженная деформация на уровне поврежденного позвоночного сегмента с наличием подвывихов, вывихов, поперечных сдвигов [8, с. 521].

Боли при травмах позвоночника могут локализоваться в области повреждения и охватывать не менее 2–3 позвонков. В грудном отделе они могут носить опоясывающий характер, в поясничном – иррадиировать по ходу нервных корешков. Интенсивность болей может быть разной – от незначительных до нестерпимых. Болевой синдром выражен в первые часы и дни после повреждения, а в более поздние сроки сглаживается и даже исчезает.

Из объективных клинических данных особую ценность приобретают данные наружного осмотра. Если у пострадавшего деформация шеи напоминает истинную кривошею следует заподозрить подвывих в атланто-аксиальном сочленении (ротационный подвывих атланта) или односторонний сцепившийся вывих. Двусторонний верховой подвывих или сцепившийся скользящий вывих характеризуется наклоном головы вперед и исчезновением лордоза в шейном отделе позвоночника (Рис. 6.) [7, с. 412].

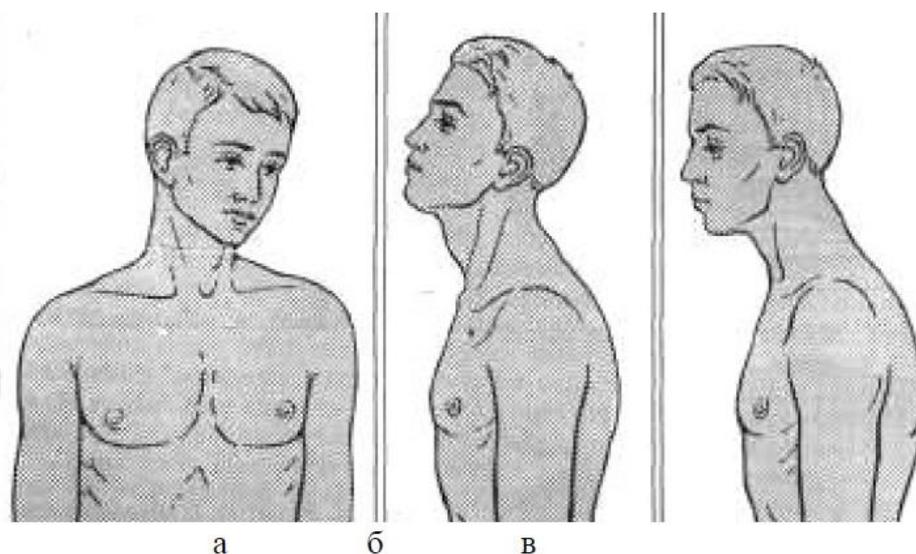


Рис. 6. Положение головы: а) при одностороннем ротационном подвывихе, б) при двустороннем подвывихе, в) при двустороннем вывихе шейных позвонков.

Удержание головы руками в вертикальном положении характерно для нестабильных повреждений позвоночника различной степени. При легкой степени нестабильности пациент может в определенном положении удерживать голову самостоятельно, при тяжелой степени – самостоятельное удержание головы невозможно.

На повреждение позвоночника могут указывать следующие данные осмотра: наличие припухлости и кровоподтеков в межлопаточной области, значительное увеличение межостистых промежутков, изломанность линии остистых отростков, ушибы и ссадины в области затылка или в области лба и лица (у ныряльщиков) [7, с. 413; 10, с. 339].

При осмотре в груднопоясничном и поясничном отделах обращают внимание на наличие или отсутствие кифотической деформации. В поясничном отделе она проявляется сглаживанием физиологического лордоза, на фоне которого у людей астенического телосложения виден выступающий в виде «пуговки» остистый отросток. Нередко это выступание остистого отростка определяется только пальпаторно. Кроме деформации позвоночника, в сагиттальной плоскости может иметь место и боковое искривление линии остистых отростков [7, с. 414].

Пальпация выявляет напряжение длинных мышц спины, локальную болезненность, припухлость по линии остистых отростков, выстояние остистого отростка кзади в виде «пуговчатого» кифоза, подвижность при переломе остистого отростка или дужки. Увеличение межостистого промежутка пропорционально степени величины кифотической деформации и компрессии тела сломанного позвонка. Увеличение и определяемое пальпацией западение межостистого промежутка характерно для разрыва над- и межостистых связок. Напряжение передней брюшной стенки, болезненность задней стенки живота при глубокой пальпации возможна при наличии забрюшинной гематомы, при раздражении или повреждении солнечного сплетения и пограничного симпатического ствола. Иногда оно настолько бывает выражено, что симулирует картину «острого живота», по поводу которого производится лапаротомия, лапароскопия или лапоросцентез.

Перкуссия остистых отростков позволяет уточнить данные пальпации. Значительная болезненность вызываемая перкуссией по линии остистых отростков, при отсутствии боли во время пальпации, может с большой уверенностью указывать на повреждение тела позвонка. Перкуссия при переломах, осложненных повреждением спинного мозга, при подозрении на перелом дужек, может привести к смещению отломков и дополнительному вторичному повреждению спинного мозга [10, с. 348].

При неосложненных повреждениях позвоночника активные движения в конечностях сохраняются. Если предложить пострадавшему поднять прямые ноги из положения лежа, больной может отметить усиление боли в спине. Они усилятся более резко при поднятии прямых ног с одновременным давлением на остистый отросток позвонка. Указанный болевой синдром сохраняется значительно дольше, чем другие.

Из других клинических симптомов могут иметь место рефлекторная задержка мочеиспускания, задержка стула и парез кишечника. Иногда они

сохраняются в течение 1 недели и требуют пристального внимания лечащего врача.

Выявлять феномен усиления болей при нагрузке по оси позвоночника даже в положении лежа не следует. Допустимо только легкое поколачивание по пяткам. Нельзя и разрешать пострадавшему вставать или садиться до получения данных рентгенологического исследования [5, с. 336].

Нарушение функции спинного мозга при переломах позвоночника зависит от сотрясения, ушиба, сдавления, отека, частичного или полного анатомического повреждения спинного мозга, от повреждения корешков.

В первые часы и дни после травмы трудно решить вопрос о причине грубого нарушения функции спинного мозга, так как клиника при тяжелой степени спинального шока (функциональные нарушения) практически неотличима от клиники полного анатомического повреждения. Быстрое нарастание нейродистрофических процессов, появление пролежней и отека мягких тканей в первые сутки после травмы свидетельствуют в пользу анатомического разрыва. При полных разрывах спинного мозга функция его никогда не восстанавливается. Возможно восстановление утраченной функции спинного мозга, вызванной сдавлением, если своевременно был вправлен вывих, выполнена декомпрессия спинного мозга [9, с. 23].

Клиника спинальных расстройств, связанная с сотрясением, ушибом, отеком спинного мозга постепенно регрессирует на фоне адекватного консервативного лечения.

Частичное нарушение проводимости спинного мозга проявляется нарушением чувствительности по проводниковому типу ниже уровня повреждения, парезами, параличами и расстройством функции тазовых органов [5, с. 336; 9, с. 24].

1.2. Диагностика, первая помощь, лечение и профилактика осложнений у пациентов с травмами позвоночника

Диагностика закрытых повреждений позвоночника представляет собой наиболее сложный раздел неотложной травматологии. Количество диагностических ошибок при переломах тел позвонков колеблется от 16 до 61,5%. Усложняется диагностика этих повреждений в условиях дефицита времени при массовом поступлении пациентов (землетрясение, крупные железнодо-дождевые катастрофы), множественных и сочетанных травмах.

Обследование любого пациента с подозрением на повреждение позвоночника должно осуществляться при максимально возможном обнажении, лежа на спине и включать тщательное выяснение анамнеза, жалоб, оценку механизма травмы, клиническое и рентгенологическое обследование.

Лабораторные методы исследования нередко оказывают существенную дифференциально-диагностическую помощь. Изменение клинического и биохимического состава крови после травмы или при ортопедических заболеваниях является показателем тяжести их течения и выбора метода лечения. Биохимические, иммунологические и серологические реакции (С-реактивный белок, антистрептококковые антитела, специфические реакции и т. д.) помогают подтвердить клинический диагноз [8, с. 587].

Рентгенологическое обследование является одним из основных методов диагностики. Тяжесть состояния не должна служить оправданием отказа от рентгенологического обследования пострадавшего с травмой позвоночника.

Выполняется обзорная рентгенография позвоночника в двух проекциях (Рис.7.): прямой и боковой, в положении пациента лежа на спине или на боку [8, с. 589].



Рис. 7. Рентгенограмма в прямой и боковой проекции грудно-поясничного отдела позвоночника (перелом L1 позвонка).

Анализ рентгенограмм очень важен. Наиболее информативна боковая проекция, по которой следует обращать внимание на следующие признаки:

- параллельность остистых отростков – в норме они параллельны друг другу;

- взаимоотношение суставных отростков – в норме нижний суставной отросток вышележащего позвонка находится позади верхнего суставного отростка нижележащего позвонка и их суставные поверхности параллельны. Учитывают их взаиморасположение и параллельность;

- взаимоотношение тел позвонков – необходимо смотреть по их заднему контуру, по задним поверхностям тел позвонков. Эта линия должна быть непрерывной, не штыкообразной, не под углом [8, с. 590; 10, с. 350].

В прямой проекции можно обнаружить наличие бокового отклонения позвоночника и боковую клиновидную деформацию тела, нарушение целостности замыкательных пластинок, наличие костных фрагментов тела сломанного позвонка. Тело позвонка представляется более широким в поперечнике за счет смещения отломков за пределы боковых контуров. При переломо-вывихе кроме изломанной линии остистых отростков отмечается смещение тела по ширине, перелом суставных отростков. В поясничном отделе можно диагностировать перелом поперечных отростков.

В боковой проекции наиболее типичным рентгенологическим симптомом перелома является клиновидная деформация тела позвонка с вершиной клина, обращенной кпереди.

По классификации Бека различают три степени повреждения тела позвонка [7, с. 455].:

1 степень– снижение высоты тела сломанного позвонка до одной трети;

2 степень– снижение высоты тела сломанного позвонка до 1/2;

3 степень– снижение высоты тела сломанного позвонка более 1/2.

Из других рентгенологических симптомов могут быть:

- Кифотическая деформация с вершиной на уровне тела сломанного позвонка. Она прямо пропорциональна степени его повреждения.

- Смятие, утолщение и, особенно, нарушение целостности верхней замыкательной пластинки.

- Отрыв передне-верхнего угла тела позвонка. Такая ситуация наблюдается после того, когда разорвались все связки в области остистых отростков, задняя продольная связка, диск. А потом уже произошёл отрыв фрагмента позвонка. Это будет нестабильное повреждение с повреждением заднего опорного комплекса.

- Снижение высоты межпозвонкового пространства.

- Перелом корней дужек и травматический листез тела позвонка кпереди.

- Сужение позвоночного канала. Оно возможно при вывихе тела позвонка, компрессионном оскольчатом переломе тела позвонка смещения отломков в позвоночный канал, переломе дужки или суставных отростков со смещением в позвоночный канал. Сужение позвоночного канала является основанием для диагностирования сдавления спинного мозга [7, с. 458].

По показаниям при стабильных повреждениях позвоночника выполняется функциональная рентгенография: сгибание, разгибание, наклон вправо, влево.

Достоверно определить степень травматического повреждения позвоночника помогают такие методы исследования, как МРТ, РКТ, контрастная миелография, электромиография [8, с. 564].

Пациентам со стабильными легкими повреждениями назначают постельный режим, тепловые процедуры и массаж. Более тяжелые травмы позвоночника являются показанием для иммобилизации (положение на шите, корсеты, специальные воротники), при необходимости перед началом иммобилизации проводят вправление. Иногда используют скелетное вытяжение. Срочные хирургические вмешательства осуществляют при нарастающей неврологической симптоматике (этот симптом свидетельствует о продолжающемся сдавлении спинного мозга). Плановые реконструктивные операции на позвоночнике с восстановлением и фиксацией поврежденных сегментов проводят при неэффективности консервативного лечения.

Реабилитация после неосложненных травм позвоночника включает в себя обязательные занятия ЛФК. В первые дни после поступления пациенты выполняют дыхательные упражнения, начиная со второй недели – движения конечностями. Комплекс упражнений постепенно дополняют и усложняют. Наряду с ЛФК применяют тепловые процедуры и массаж. При осложненных травмах позвоночника назначают электроимпульсную терапию, препараты для стимуляции метаболизма (ноотропил), улучшения кровообращения (кавинтон) и стимуляции регенерации (метилурацил). Используют стекловидное тело и тканевые гормоны [6, с. 112; 10, с. 498].

Осложнения, возникающие при лечении спинальных больных, отягощают течение болезни, увеличивают сроки пребывания в стационаре, а порой приводят к летальному исходу. Различного рода осложнения возникают у 53%-81% спинальных больных. Все осложнения можно разделить на 2 группы: связанные с особенностями травматической болезни позвоночника и спинного мозга (объективные) и связанные с операцией и хирургической техникой и

тактикой (технические). Знание этих осложнений и применяемые профилактические и лечебные меры позволяют сократить их количество в 2-3 раза. Причем в профилактике ряда осложнений важную роль занимает средний медицинский персонал, так как достаточно большое число манипуляций в отношении пациентов осуществляют именно медицинские сестры.

Деятельность медицинской сестры в отношении осложнений у пациентов с травмами позвоночника представлены в Таблице 1.

Таблица 1

Деятельность медицинской сестры в профилактике осложнений

Осложнение	Деятельность медицинской сестры
Уроинфекция	
<p>1. Катетеризация мочевого пузыря, 2. Профилактика инфекции если катетер длительно стоит (более 7 суток), 3. Прием уросептиков, антибиотиков широкого спектра действия, по результатам посевов мочи и определения чувствительности к антибиотикам, 4. Физиопроцедуры (электростимуляция мочевого пузыря, электрофорез с прозеринном), 5. Адекватный диурез, 6. Изменение показателей рН мочи [4, с. 120].</p>	<p>1. Касаемо первого пункта: - соблюдение правил асептики и антисептики при постановке мочевого катетера, - владеть теоретическими знаниями по технике постановки мочевого катетера, осложнениям, профилактике осложнений, - владеть практическими навыками в постановке разных видов мочевых катетеров, за исключением жестких катетеров (врачебная манипуляция), 2. Необходимо заменить катетер при длительном его стоянии, во избежание появления трофических повреждений тканей (пролежни), промывать его, оставлять не надолго открытым (20 минут), 3. Выполнение назначений врача, владеть техниками постановки внутривенного катетера, уметь выполнять разные виды инъекций (в/в, в/м, в/в капельное введение), уметь разводить лекарственные средства, знать особенности введения многих препаратов (некоторые нельзя вводить быстро, за счет их воздействия, например ванкомицин достаточно</p>

	<p>аллергенный препарат и быстрое его введение может привести к аллергической реакции, он вводится в течение часа через дозатор),</p> <p>4.Подготавливать пациента к манипуляциям, помогать в их проведении,</p> <p>5. Выполнять назначения врача по режиму пациента, контролировать диурез и объем выпитой им жидкости, при изменениях сообщать врачу,</p> <p>6. Это показатель, который контролируют врачи, но такие манипуляции как сбор мочи (техника правильно забора мочи), выписка направлений, и выполнение назначений врача в результате коррекции изменений со стороны показателей задача медицинской сестры [3, с. 209].</p>
Пневмония	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Антибактериальная терапия, 2. ЛФК, дыхательная гимнастика, 3. Физиопроцедуры (ингаляции), 4. Массаж (вибрационный масса – для лучшего отхождения мокроты), 5. Санация полости носа, рта, санационная бронхоскопия, 6. Ранняя активизация пациента [4, с. 48]. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Выполнение назначений врача, 2. Соблюдение правил асептики и антисептики [15, с. 5-10], 3. Владеть теоретическими и практическими навыками в проведении манипуляций (постановка ПВК, в/в, в/м инъекции, разведение лекарственных препаратов и т.д.), 4. Подготовка пациента к физиопроцедрам, массажу, ЛФК, так же помощь в их проведении, 5. Санация ротовой полости и носа – проводится медицинской сестрой, а санационную бронхоскопию проводят врача, но медицинская сестра помогать в ее проведении, выполняет назначения врача, 6. Помогает в ранней активизации пациента, чтобы быстрее шло восстановление после перенесенного заболевания.
Парез кишечника	
1. Правильное питание пациента,	Выполнение врачебных назначений,

<p>начинать, как можно раньше кормить продуктами с грубой клетчаткой, добавлять растительное масло, контролировать необходимый объем приема жидкости,</p> <p>2. Стимуляция работы кишечника: введение прозерина + очистительная клизма, как правило делается через 15 минут после введения прозерина (1-3 раза в сутки, зависит от тяжести пациента и степени пареза кишечника) [4, с. 134].</p>	<p>уход за пациентом, контроль питания, контроль лабораторных данных и общего состояния пациента.</p>
<p>Пролежни</p>	
<p>1. У пациентов лежачих лучше применять против пролежневые матрасы, регулярно менять постельное белье, не допускать, чтобы пациент лежал на мокром белье, не допускать наличие складок и крошек или иных предметов, на которых может лежать пациент,</p> <p>2. Смена положения тела должна проводиться каждые 2-3 часа,</p> <p>3. Уход за кожей (растирать кожу, особенно те участки которые подвержены образованию пролежней в первую очередь (крестец, пятки, лопатки, большие вертелы) камфорным маслом и другими средствами,</p> <p>4. ЛФК, массаж, ранняя активизация,</p> <p>5. Контролировать питание пациента, оно должно быть полноценным [4, с. 18].</p>	<p>Профилактика пролежней – это одна из задач медицинских сестер, поэтому они обязаны знать теоретические аспекты данной проблемы, и выполнять все поставленные задачи для профилактики данного осложнения [15, с. 300].</p>
<p>ТЭЛА и тромбоз глубоких вен ног</p>	
<p>1. Медикаментозная терапия (низкомолекулярный гепарин),</p> <p>2. Использование функциональных кроватей, если нет, то дополнительных средств, для проведения профилактики данного осложнения (валики),</p> <p>3. Контроль лабораторных показателей (коагулограмма),</p> <p>4. Компрессия нижних конечностей</p>	<p>1. Выполнение назначений врача,</p> <p>2. Соблюдение правил асептики и антисептики,</p> <p>3. Уметь накладывать эластичные бинты на конечности,</p> <p>4. Контролировать общее состояние пациента,</p> <p>5. Осуществлять забор анализов на исследование</p>

<p>эластичными бинтами, 5. ЛФК, массаж, 6. Ранняя активизация пациента [4, с. 146].</p>	<p>6. Участвовать в реабилитации пациента: ЛФК, массаж, ранняя активизация</p>
Сепсис	
<p>1. Профилактика уроинфекций, пролежней, пневмоний, нагноений ран, и других способов занесения инфекции, 2. Контроль иммунного статуса пациента, особенно у лиц с высоким риском, таких как, ВИЧ, сифилис, у ослабленных, особенно, после сочетанной травмы, 3. Медикаментозная терапия, 4. Контроль лабораторных показателей, 5. Контроль витальных функций пациента (АД, ЧСС, ЧДД, ЭКГ, диуреза, показатели сатурации) [4, с. 161].</p>	<p>1. Выполнение назначений врача, 2. Соблюдение правил асептики и антисептики, 3. Проводить профилактику осложнений, 4. Контролировать общее состояние пациента: АД, ЧСС, ЧДД, ЭКГ, диурез, показатели сатурации, 5. Осуществлять забор анализов на исследование</p>
Нагноение ран	
<p>1. Медикаментозная терапия, 2. Правильная техника ушивания раны, 3. При необходимости – дренирование раны, 4. При нагноении раны – взятие материала на посев и определение чувствительности к антибиотикам, 5. Регулярная смена повязок, обработка кожи в области раны и вокруг нее, 6. Контроль общего состояния пациента, 7. Контроль лабораторных данных [4, с. 5].</p>	<p>1. Выполнение назначений врача, 2. Соблюдение правил асептики и антисептики, 3. Помощь врачу во время перевязки, 4. Контролировать общее состояние пациента: АД, ЧСС, ЧДД, ЭКГ, диурез, показатели сатурации, 5. Осуществлять забор анализов на исследование: ОАК, ОАМ, б/х крови, коагулограмма, иммунограмма, бактериологические посевы (из ран, из ротовой полости, носа, перианальной складки) и т.д. 6. При наличии дренажей, то уход за ними [15, с. 101].</p>
Желудочно – кишечные кровотечения	
<p>1. Медикаментозная терапия, 2. Контроль общего состояния пациента, 3. Контроль лабораторных показателей, 4. Правильное питание пациента (при</p>	<p>1. Выполнение назначений врача, 2. Соблюдение правил асептики и антисептики, 3. Помощь врачу во время перевязки, 4. Контролировать общее состояние пациента: АД, ЧСС, ЧДД, ЭКГ,</p>

невозможности энтерального питания, назначается парентеральное) [4, с. 90].

диурез, показатели сатурации,
5. Осуществлять забор анализов на исследование [15, с. 245].

Если же у нас осложнения связаны с нарушениями функционирования установленных конструкций на позвоночнике, либо по техническим причинам были повреждены сосуды, то помощь должна быть оказана своевременно, оказывается врачом, медицинская сестра обязана помогать, выполнять указания врача, в дальнейшем контролировать состояние пациента и сообщать об имеющихся изменениях в его состоянии.

Таким образом, медицинская сестра занимает важное место в лечении и реабилитации пациентов, так как она постоянно находится рядом с пациентом, она ведет регулярный контроль за жизненно важными показателями, выполняет назначения врача, осуществляет ряд манипуляций, необходимых для диагностики (забор анализов и т.д.), лечения (проведение манипуляции промывания желудка, постановка очистительной клизмы и т.д.), реабилитации (помогает в проведении ЛФК, массажа, физиопроцедур, раннее активизации пациента и т.д.) пациентов. Помимо этого, она осуществляет ежедневный уход за пациентом: обработка кожи (особенно у лежачих пациентов), личная гигиена, контролирует питание пациентов и т.д. Медицинские сестры обязаны проводить беседы с пациентом и его родственниками, оказывать психологическую помощь.

1.3. Деятельность медицинской сестры в уходе за пациентами с травмами позвоночника

Деятельность медицинской сестры в уходе будет рассмотрена в виде двух клинических случаев, пациенты примерно одинакового возраста, поступили в один день, но которые прошли разное лечение и реабилитацию. Один пациент был прооперирован и далее получал соответствующее лечение и реабилитацию, а второй пациент находился на вытяжении шейных позвонков аппаратом Галло с консервативным лечением.

1. Пациент Н, 36 лет. При поступлении в стационар: перелом на уровне С5-6. У пациента имеется гематома спинного мозга, которая появилась при травмировании шейного отдела позвоночника. Пациент доставлен в больницу по скорой помощи из района, причина получения травмы – ныряние в бассейн в состоянии алкогольного опьянения. На момент поступления пациент в тяжелом состоянии.

Деятельность медицинской сестры при работе с пациентами с травмами позвоночника, в данном случае с переломом шейных позвонков на уровне С5-6 представлена в Таблице 2.

Таблица 2

Деятельность медицинской сестры

Лечебные и реабилитационные мероприятия в отношении пациента	Деятельность медицинской сестры
<p>1. Экстренное обследование пациента: - выявлен перелом шейного отдела позвоночника в области С5-6, - обнаружена гематома, которая сдавливает спинной мозг (образовалась непосредственно во время получения травмы). Выявленные проблемы у пациента, а именно сдавление спинного мозга и ущемление нервных корешков привели к нарушению чувствительности верхних конечностей.</p>	<p>1. Помощь в транспортировке пациента на обследования (рентгенологическое, МРТ и т.д.) [3, с. 245] 2. Как правила к данным методам обследования подготовки не требуется, необходим контроль со стороны медицинского персонала за общим состоянием пациента</p>
<p>2. Проведение оперативного вмешательства</p>	<p>1. Контроль: ЧСС, ЧДД, АД, температуры тела, диуреза, ЭКГ – мониторинг – при каких либо изменениях в данных показателях во время подготовки пациента к оперативному вмешательству необходимо сообщить врачу, регистрация вышеуказанных показателей в карте ведения пациента. 2. Перед оперативным вмешательством необходимо как можно быстрее набрать анализы</p>

	<p>крови, для того чтобы четко понимать как необходимо вести пациента, какие медикаментозные средства применять, возможно понадобится трансфузионная терапия (СЗП, эр. масса): ОАК, коагулограмма, б/к крови – обязательны перед оперативным вмешательством. Помимо этих анализов, стоит набрать крови на ВИЧ, гепатит, RW – при экстренных операциях результаты таких анализов быстро не получить, поэтому необходимо соблюдать правила асептики и антисептики, а так же ОАМ [3, с. 316]</p> <p>3. Медицинская сестра обязана знать технику забора анализов и уметь практически выполнять ее, так же обязана владеть теоретически и практически техникой постановки ПВК [15, с. 147].</p> <p>4. Во время оперативного вмешательства может потребоваться постановка мочевого катетера, а так же учитывая экстренность оперативного вмешательства и возможно полного желудка у пациента, во время операции необходима постановка назогастрального зонда, если позволяет время то перед оперативным вмешательством можно промыть желудок. Таким образом, медицинская сестра обязана владеть теоретически и практически техниками постановки назогастрального зонда, промывания желудка и постановки мочевого катетера, как у мужчин, так и у женщин.</p>
<p>3. Пребывание сутки под наблюдением в отделении реанимации: контроль витальных функций пациента, контроль лабораторных данных,</p>	<p>Медицинские сестры ведут регулярное наблюдение за пациентами, регистрируют все данные в карту пациента, осуществляют забор</p>

медикаментозная терапия.	анализов.
4. В отделении травматологии проводилось медикаментозное лечение: антибактериальная терапия, анальгетическая терапия, гемостатическая терапия, противовоспалительная терапия, противоотечная терапия, метаболическая терапия, инфузионная терапия – как правило, проводится от 3 до 5 дней, в зависимости от общего состояния пациента.	Медицинская сестра обязана выполнять назначения врача, для этого необходимы теоретические знания и практические навыки в: - выполнении в/м, п/к, в/в инъекций, - постановке ПВК, - подготовке системы для в/в капельного вливания, - разведении лекарственных средств, - приготовлении растворов для в/в капельных вливаний (полярка, либо какой другой раствор, согласно назначений врача)[1, с. 211; 3, с. 20-47].
5. Физиотерапия	Подготовка пациента к физиотерапевтическим процедурам, помощь в их проведении, контроль за состоянием пациента.
6. ЛФК	Подготовка пациента к ЛФК, после того как специалист назначит комплекс упражнений, следить за выполнением его пациентом, контролировать все его движения, оказывать помощь при необходимости.
7. Массаж	Подготовка пациента к массажу, как правило, медицинский массаж проводит подготовленный для этого средний медицинский персонал. Необходимо так же иметь теоретические знания и практические навыки в данной области.
8. Диетотерапия	Врач подбирает необходимый лечебный стол для пациента, медицинская сестра обязана контролировать питание пациента, помогать в приеме пищи.
По истечению 5 суток, от момента перевода пациента из отделения реанимации в травматологическое отделение, пациент стал чувствовать себя удовлетворительно, восстановилась чувствительность в	Таким образом, из описанного выше материала видно, что медицинская сестра постоянно находится с пациентом, начиная с момента поступления его в стационар и до момента выписки из него. Где бы не

<p>верхних конечностях, пациент был выписан из стационара, но рекомендовано наблюдаться амбулаторно по месту жительства, через 3 месяца консультация нейрохирурга, продолжать реабилитацию.</p>	<p>находился пациент, то ли это отделение травматологии, операционная, реанимация, всегда рядом находятся медицинские сестры, каждая из которых выполняет свой спектр обязанностей в отношении данного пациента. Из материала видно, что медицинская сестра должна владеть широким спектром теоретических знаний, а также практических навыков.</p>
---	---

При разборе данного клинического случая видна важная роль медицинской сестры на каждом этапе ведения пациента в стационаре, и благодаря правильной тактике врачей и правильным действиям медицинских сестер получилось добиться скорого выздоровления пациента и выписке его из стационара.

2. Пациент И, 38 лет. На момент поступления: у пациента переломо – вывих на уровне С5-6. Ему предстоит наложение аппарата Галло предназначенного для вытяжения шейных позвонков, плюс полное консервативное ведение пациента. Из анамнеза известно, что пациент самостоятельно обратился в травматологическое отделение больницы, причина травмы – ДТП. Жалобы: боль в области шеи, в месте получения травмы, голову самостоятельно не держал, помогал поддерживать ее руками.

Деятельность медицинской сестры при работе с пациентами с травмами позвоночника, в данном случае с переломо-вывихом на уровне С5-6 представлена в Таблице 3.

Таблица 3

Деятельность медицинской сестры

Лечебные и реабилитационные мероприятия в отношении пациента	Деятельность медицинской сестры
<p>1. Экстренная внешняя фиксация позвонков аппаратом Галло</p>	<p>Для проведения любой манипуляции необходимо лабораторное обследование пациента, в данном случае это экстренное обследование: забор анализов крови, контроль состояния пациента, как описано в</p>

	первом клиническом случае.
2. Медикаментозная терапия: анальгетическая терапия, противовоспалительная терапия, противоотечная терапия, метаболическая терапия.	Все требования к исполнению данного пункта такие же, как и в случае с первым пациентом.
3. Физиотерапия так же не показана, из-за длительной, в течение 7-9 дней, процедуры прокручивания аппарата фиксации, для того чтобы позвоночник вернулся в физиологическое состояние, так как все это подразумевает острый период для пациента, то физиотерапия не показана.	Как видно, что физиопроцедуры не показаны, так как для пациента с аппаратом внешней фиксации каждый день представляет собой острый период, поэтому медицинский персонал должен соблюдать требования врача и ни в коем случае не применять самостоятельно каких либо попыток проведения физиотерапевтических манипуляций.
4. ЛФК в первый день после наложения аппарата Галло не показано, далее начинаются занятия ЛФК, но с дыхательной гимнастики и щадящей гимнастики для верхних конечностей. Затем добавляются общеукрепляющие упражнения.	Требования к проведению данного пункта такие же, как и в случае первого пациента.
5. Массаж – как правило, области шеи не показан, но тканей вдали от места повреждения можно массировать, для улучшения микроциркуляции.	Требования к проведению данного пункта такие же, как и в случае первого пациента.
6. Диетотерапия не проводится у ходячих пациентов, так как в этом случае, показан общий стол, обычный режим и рацион.	Просто следить за регулярным приемом пищи пациентом, как правило, такие пациенты в дополнительной помощи в приеме пищи не нуждаются.
По истечении 10 суток от момента наложения аппарата внешней фиксации, после проведения КТ и подтверждения правильной фиксации позвонков С5-6, на фоне удовлетворительного общего состояния пациента, он был выписан из стационара и переведен на амбулаторное лечение. Рекомендовано: - носить аппарат внешней фиксации в течение 3 месяцев,	Конечно, второй клинический случай отличается от первого и в первую очередь, что не требует более пристального внимания со стороны медицинских сестер, пациенты могут сами себя обслуживать, медицинские сестры обязаны строго следить за выполнением своих обязанностей, вести контроль за состоянием пациента, фиксировать все данные в карте пациента. О всех изменениях сообщать врачу. Реабилитация в

<p>- после 3 месяцев повторное КТ, в случае правильного сращения позвонков обратиться в больницу для снятия аппарата внешней фиксации, - продолжать реабилитацию в амбулаторных условиях.</p>	<p>данном случае более длительная, поэтому необходимо тщательно работать с пациентом в плане ЛФК, что бы он мог в амбулаторных условиях самостоятельно выполнять все упражнения.</p>
---	--

Можно сделать следующие выводы:

- у второго пациента (пациент И) более щадящий метод консервативного лечения, но и более продолжительный период восстановления после полученной травмы, как правило, такие пациенты только лишь спустя 5 месяцев могут вернуться к своей прежней жизни, возможно в начале с некоторыми ограничениями, но при дальнейшей реабилитации эти ограничения могут быть сняты,

- у первого пациента (пациент Н), лечение начиналось с оперативного вмешательства, после которого сразу же начаты реабилитационные мероприятия, соответственно период восстановления длился гораздо быстрее. В итоге по истечению 3-х, а возможно и 2-х месяцев регулярной работы с пациентом он сможет вернуться к обычной своей жизни.

Несмотря на методы лечения, к пациентам применили индивидуальные программы реабилитации, ухода, благодаря этому они в короткие сроки смогут полностью восстановиться, и как итог, улучшиться их качество жизни.

ГЛАВА 2. ИССЛЕДОВАНИЕ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В УХОДЕ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ТРАВМАМИ ПОЗВОНОЧНИКА В ПЕРИОД ИХ ПРЕБЫВАНИЯ В СТАЦИОНАРЕ

2.1. Характеристика базы исследования ОГБУЗ «Городская больница №2 г. Белгорода»

ОГБУЗ «Городская больница № 2 г. Белгорода» - представляет собой многопрофильный стационар, в котором функционируют 22 специализированных отделения, развернуто 1223 койки для круглосуточного пребывания больных и 8 коек дневного пребывания в офтальмологическом отделении.

В равной степени, с учётом востребованности, представлены отделения терапевтического и хирургического профиля.

Помимо лечебной базы, в больнице в полном объёме имеется современное диагностическое оборудование, в том числе магнитно-резонансный и компьютерный томографы, ангиограф, ультразвуковые и эндоскопические аппараты, рентгенологическое и лабораторное оборудование, что позволяет в кратчайшие сроки проводить полное и всесторонне обследование больных и начинать качественное лечение с первых часов после обращения, в соответствии с утверждёнными стандартами и порядками оказания медицинской помощи.

Специализированную медицинскую помощь оказывают 313 врачей, из которых 70% имеют высшую и первую квалификационную категорию, 790 средних медицинских работников из которых 65% имеют высшую и первую категорию, 7 врачам присвоено почётное звание - «Заслуженный врач Российской Федерации», 11 сотрудников награждены знаком «Отличник здравоохранения», 15 врачей имеют учёную степень кандидата медицинских наук, 1 врач доктор медицинских наук.

Перед коллективом больницы поставлена задача в 2019 году оказать квалифицированную медицинскую помощь не менее 45 тысячам пациентов, из них в рамках обязательного медицинского страхования 41 666 человек, выполнить более 22 тысяч оперативных вмешательств.

Наличие современных, оснащённых по европейскому стандарту операционных, квалификация врачей-хирургов, врачей-анестезиологов позволяет в 90% случаев проводить малотравматичные, с использованием эндоскопического оборудования, операции, как в плановой, так и в экстренной хирургии на всех органах и системах больного человека, что значительно снижает риск возможных послеоперационных осложнений и приводит к быстрому выздоровлению больных.

В больнице успешно реализуется программа по оказанию высокотехнологичной медицинской помощи в офтальмологии, травматологии, при патологии ЛОР органов.

В ближайшей перспективе, после завершения ремонта, высокотехнологичная медицинская помощь будет оказываться в урологическом, гинекологическом и нейрохирургическом отделениях.

Администрацией больницы проводится подготовительная работа по организации медицинской помощи на уровне международных стандартов и перевод всего лечебно-диагностического комплекса на принцип работы больницы скорой медицинской помощи, с оказанием квалифицированной медицинской помощи взрослому населению не только г. Белгорода, но и жителям 10 районов расположенных в юго-западной части Белгородской области.

Больница тесно сотрудничает с медицинским институтом БелГУ, является базой для клинических кафедр лечебного факультета, многие сотрудники больницы передают свой богатый практический опыт студентам старших курсов.

2.2. Статистические данные травмам позвоночника по отделению травматологии и ортопедии

Статистические данные собраны за 3 года, а именно с 1.01.2016 г. по 01.01.2018 г. включительно. По полученным данным, за 3 года в отделении оказывалась медицинская помощь 13 328 пациентам.

Из этого числа за 2018 г. получили медицинскую помощь – 4567 пациентов (за 2017 г. – 4711 пациентов, за 2016 г. – 4050 пациентов), из них (Рис. 8).

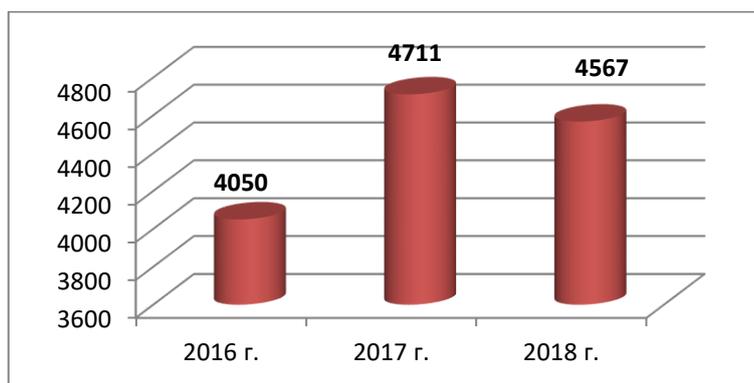


Рис. 8. Число пациентов за 3 года (2016г., 2017 г., 2018 г.)

- в отделении проходили лечение пациенты по поводу гемангиом, дисцитов, остеомиелитов и других заболеваний, которые требовали хирургического вмешательства – 1489 пациентов. Причем все пациенты с данными видами патологии прошли полный курс лечения, в конце которого вернулись к полноценной жизни.

- в отделении так же проходили лечение пациенты с переломами костей таза и позвоночника, травмы которых были получены в результате падений с высоты (деревья, высотные здания) – 73 пациентов. Они так же прошли полный курс лечения, у более тяжелых пациентов был длительный курс реабилитации, в итоге практически все пациенты вернулись к полноценной жизни, некоторые зависимы от помощи родственников, но продолжают проходить реабилитацию. Возраст таких пациентов самый разнообразный – от 20 до 76 лет.

- достаточно большое количество пациентов были доставлены в больницу с травмами шейного отдела позвоночника, как правило, полученную в

результате ныряния – 256 пациента (100 %), возрастная категория составила молодые люди от 18 до 40 лет. Из данного числа пациентов с летальным исходом – 26 случаев (10,2%), инвалидами остались 79 человек (30,9 %), остальная масса пациентов (151 человек – 58,9 %) после длительного лечения, прохождения курса реабилитации смогли вернуться к нормальным условиям жизни, некоторые по-прежнему проходят реабилитацию в специализированных центрах, но имеют шанс быть социально адаптированными и полноценными гражданами (Рис. 9).



Рис. 9. Травматизация шейного отдела позвоночника за 2018 г.

- с травмами поясничной области, а так же грудопоясничной области, но без повреждения спинного мозга проходили лечение около 2379 пациентов. Данная категория пациентов получила травмы в результате ДТП, во время работы пребывания на работе (производственные травмы), производственные травмы (падение в яму, падение с крыши дома). Возраст составил 18- 65 лет. Как правило, мужское население.

- травмы поясничного отдела позвоночника, а так же грудопоясничного отдела с повреждением спинного мозга: около 146 пациентов (100 %), как правило, после ДТП, возраст от 18 до 57 лет, в частности мужчины. Из них, около 17 случаев (11,6%) с летальным исходом, 98 пациентов (67,1%) остались глубокими и инвалидами, без дальнейшего положительного результата, находятся на постоянных курсах реабилитации, лечения, для поддержания своего

здоровья в пределах имеющихся достигнутых результатах. И лишь 31 пациент (21,2%) после длительного лечения и пребывания в стационаре, сейчас продолжают проходить реабилитацию, и имеют некоторые шансы на дальнейшую нормальную жизнь с небольшими проблемами в здоровье, но смогут вернуться к трудовой деятельности и будут социально защищены (Рис. 10).

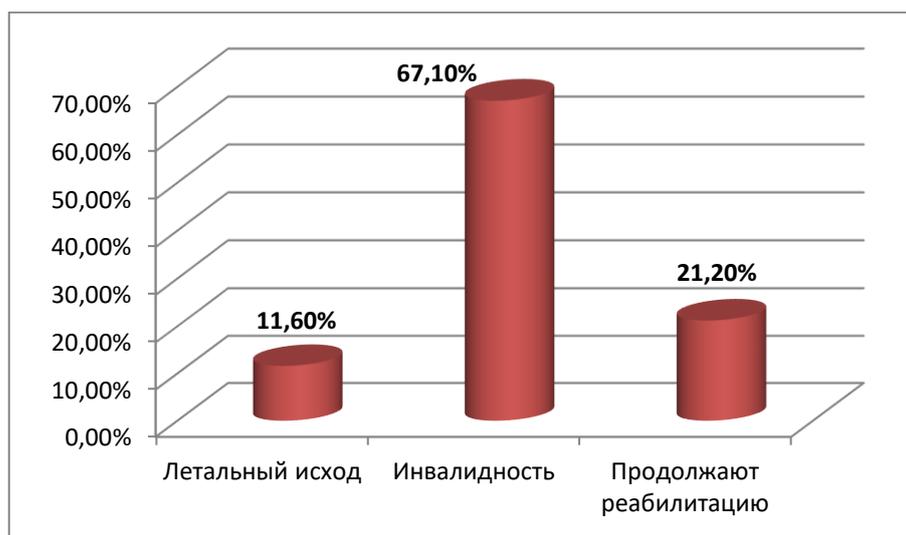


Рис. 10. Травматизация поясничного отдела позвоночника, грудопоясничного отдела с повреждением спинного мозга

- так же были пациенты с переломами остистых отростков позвонков и копчика, как правило, после падений, ударов – около 224 пациента, после проведенного лечения и реабилитации вернулись к своей прежней жизни (Рис. 11).

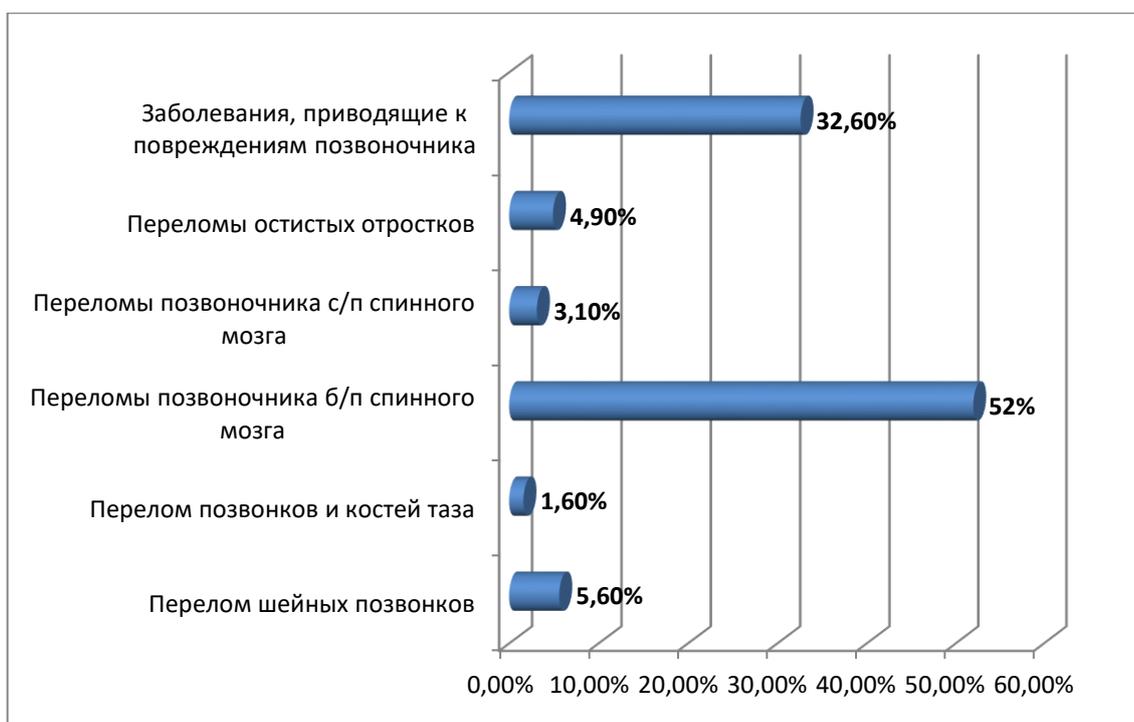


Рис. 11. Патология в 2018 г.

Отметим, что травмы позвоночника в некоторых случаях связаны с временем года, много травм случается в летний период и связаны они с купанием в водоемах травмы при нырянии), в зимний период времени, когда скользко на дорогах достаточно много ДТП, хотя и не смотря на сезон, в меньшей степени но травмы позвоночника можно получить в любой момент, если не соблюдать простые правила безопасности, либо в результате несчастных случаев и малая доля в как исход травм криминального, либо суицидального характера.

Сравнительная характеристика травм позвоночника, в зависимости от поврежденного отдела, а так же года представлена в таблице 4 и на рисунке 12.

Таблица 4

Травмы позвоночника полученные в период с 1.01.16-1.01.18 гг.

Дата	Всего поступило в отд.	Перелом шейных позвонков	Перелом позвонков и костей таза	Перелом грудно-пояснич. п-ков б/п. спин.мозга	Перелом грудно-пояс. п-в с повр. спинного мозга	Перелом остистых отростков	Заболевания, приводящие к повреждениям

2016 г.	4050 (100 %)	201 (4,9%)	60 (1,4%)	2113 (52,1%)	111 (2,7%)	178 (4,3%)	1387 (34,2%)
2017 г.	4711 (100%)	313 (6,6%)	94 (1,9%)	2393 (50,7%)	215 (4,5%)	200 (4,2%)	1496 (31,7%)
2018 г.	4567 (100%)	256 (5,6%)	73 (1,6%)	2379 (52%)	146 (3,1%)	224 (4,9%)	1489 (32,6%)

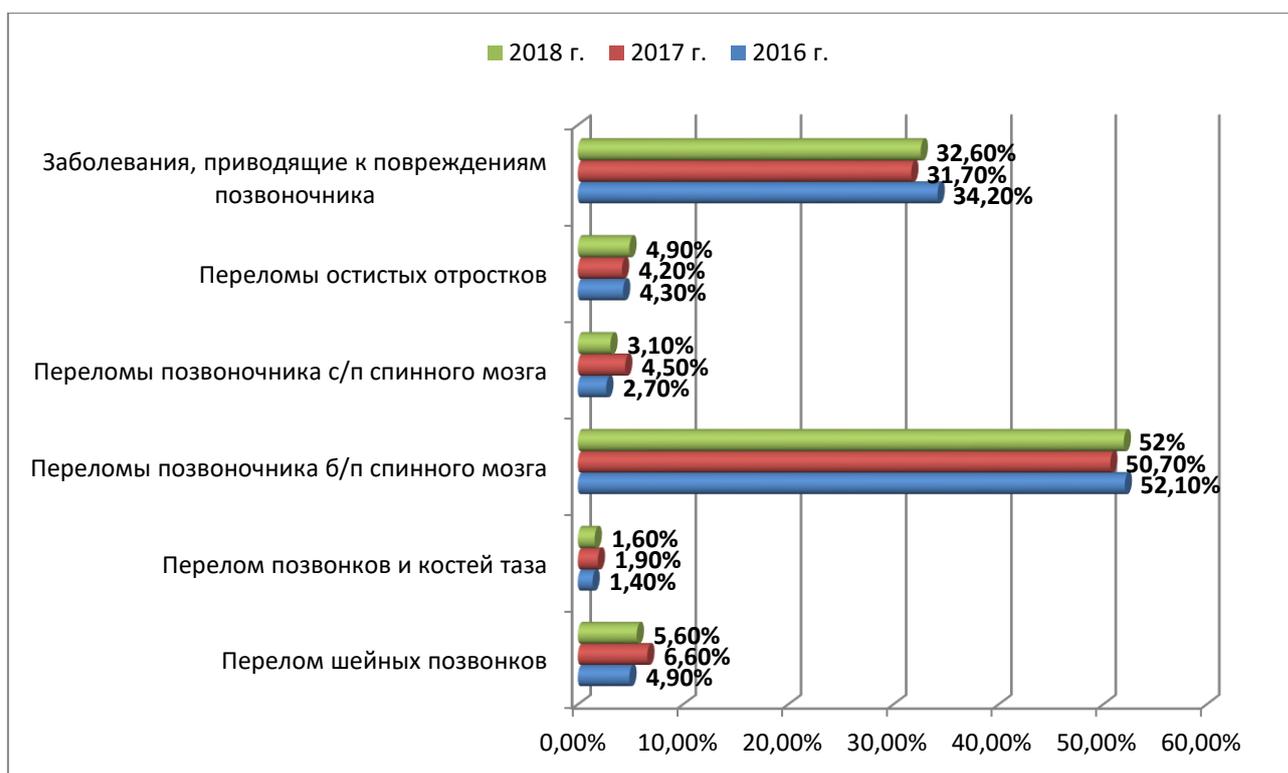


Рис. 12. Травмы позвоночника полученные в период с 1.01.16-1.01.18 гг.

Сравнительная характеристика по работе отделения травматологии представлена в Таблице 5 и на рисунке 13 (сравнение показателей инвалидности и смертности людей при травмах позвоночника).

Таблица 5

Работа отделения травматологии в сравнении за 2016 г., 2017 г., 2018 г.

Дата	Всего	Заболеваниём	Перелом шейных п-ков	Перелом Th-L-S п-ков б/п спин. мозга	Перелом Th-L-S п-ков с пораж. спин.мозга	Остались инвалидами	Умерло
2016 г.	4050 (100)	1387 (34,2%)	201 (4,9%)	2113 (52,1%)	111 (2,7%)	162 (3,9%)	55 (1,3%)

	(%)						
2017 г.	4711 (100%)	1496 (31,7%)	313 (6,6%)	2393 (50,7%)	215 (4,5%)	180 (3,8%)	47 (0,9%)
2018 г.	4567 (100%)	1489 (32,6%)	256 (5,6%)	2379 (52%)	146 (3,1%)	177 (3,8%)	43 (0,9%)

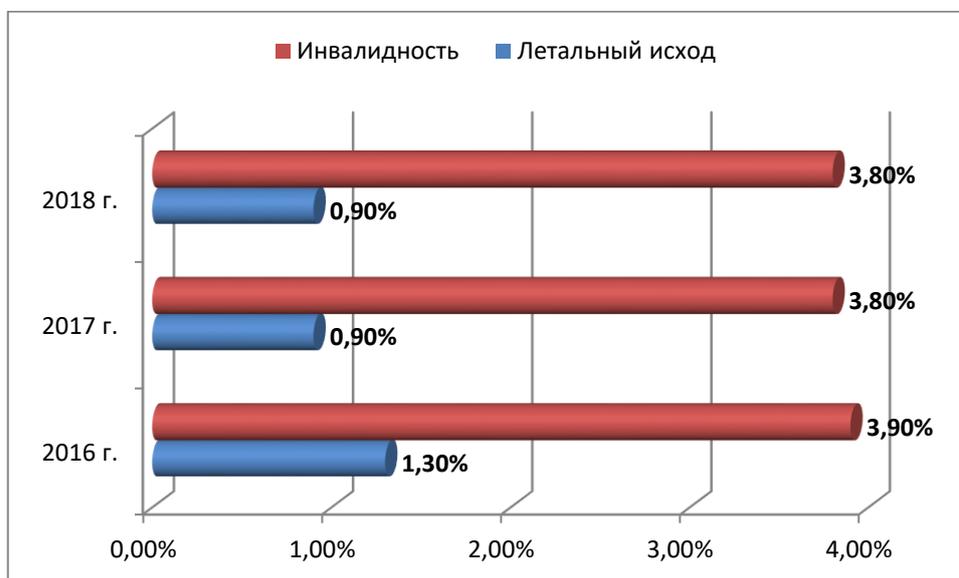


Рис. 13. Показатели смертности и инвалидности пациентов в сравнении за 2016 г., 2017 г., 2018 г.

2.3. Анализ деятельности медицинской сестры в уходе за пациентами с травмами позвоночника

В дипломной работе проводилось исследование деятельности медицинской сестры в уходе и реабилитации за пациентами с травмами позвоночника. В качестве метода исследования был использован социологический метод в виде анкетирования пациентов по вопросам удовлетворенности их уходом медицинской сестры в течение пребывания на стационарном лечении.

В исследовании приняло участие 30 (100 %) респондентов. Из них 17 (56,7%) человек лечились с проведением хирургического вмешательства, а остальные 13 (43,3%) человек с применением консервативного лечения, без хирургического вмешательства (Рис. 14).

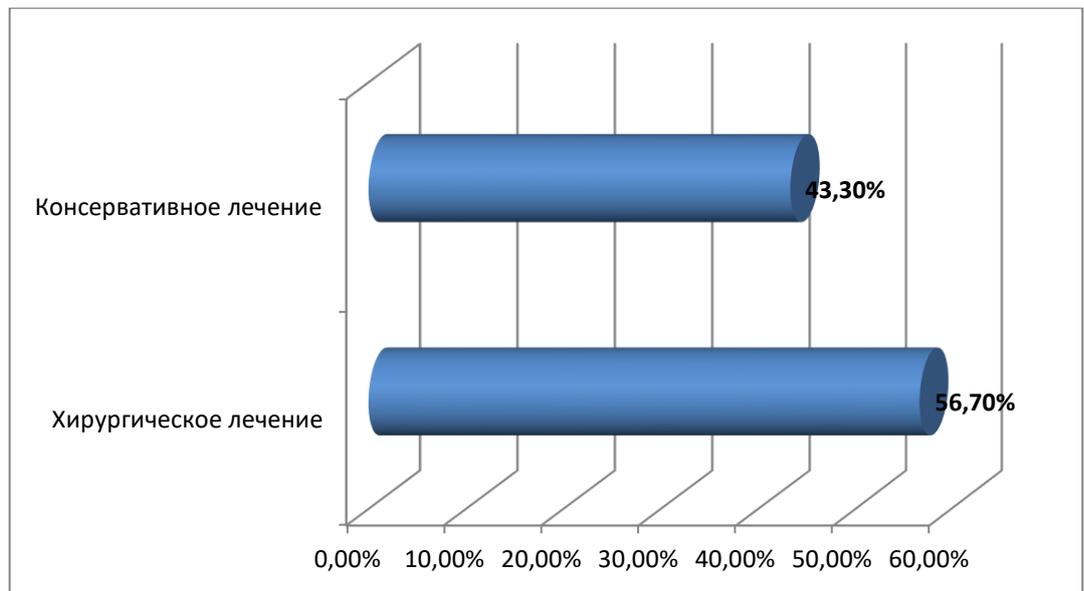


Рис. 14. Распределение респондентов по методу лечения.

Возрастной состав респондентов (Рис. 15):

- 18-29 лет (8 чел. – 26,7%),
- 30-49 лет (13 чел. – 43,3%),
- 50-69 лет (5 чел. – 16,7%),
- 70 и более лет (4 чел. – 13,3%).

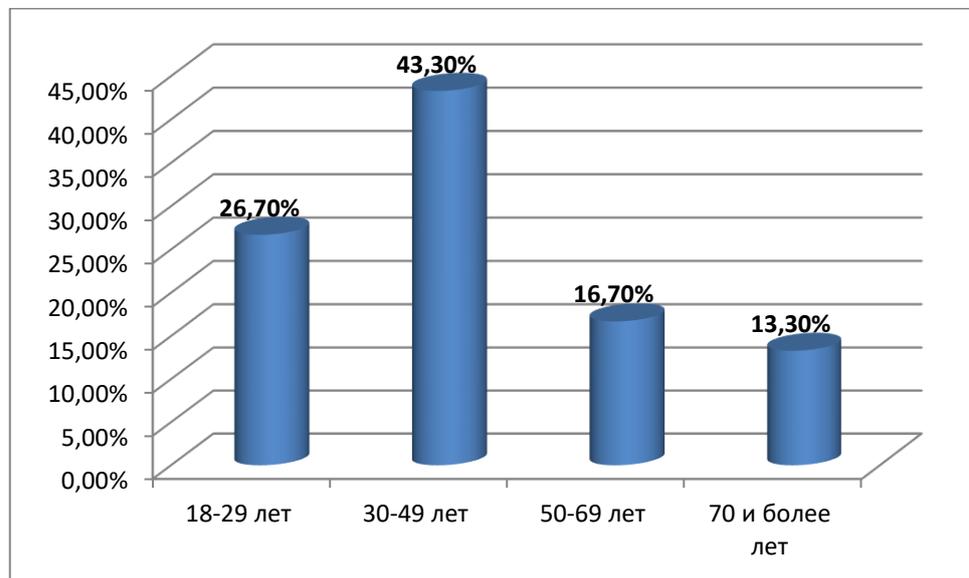


Рис. 15. Возрастной состав респондентов.

Половая принадлежность респондентов: 21 (70%) мужчина и 9 (30%) женщин (Рис. 16).

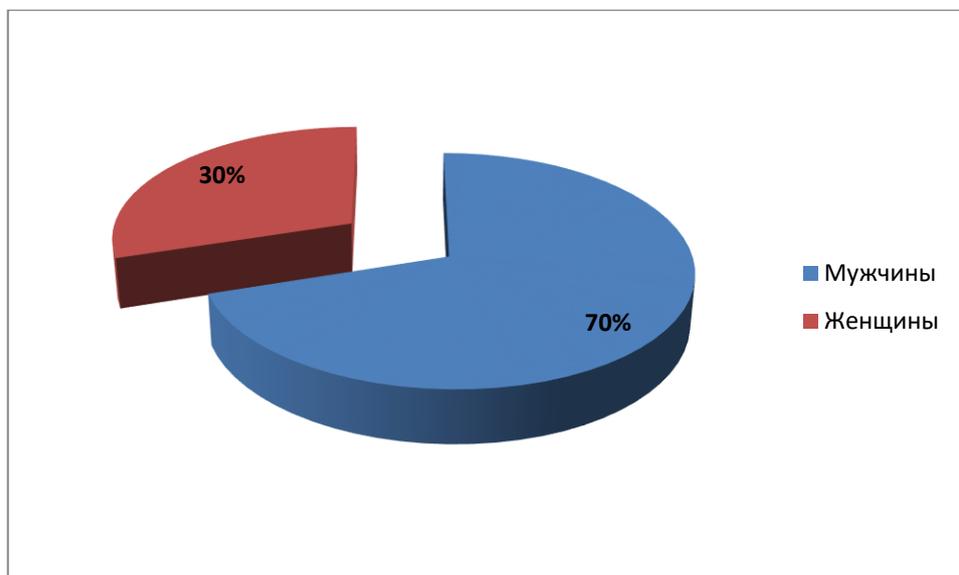


Рис. 16. Половая принадлежность респондентов.

Оценка профессионального мастерства медицинских сестер, по мнению пациентов: 1 балл (0%), 2 балла (0%), 3 балла (0%), 4 балла (40%), 5 баллов (60%) (Рис. 17).

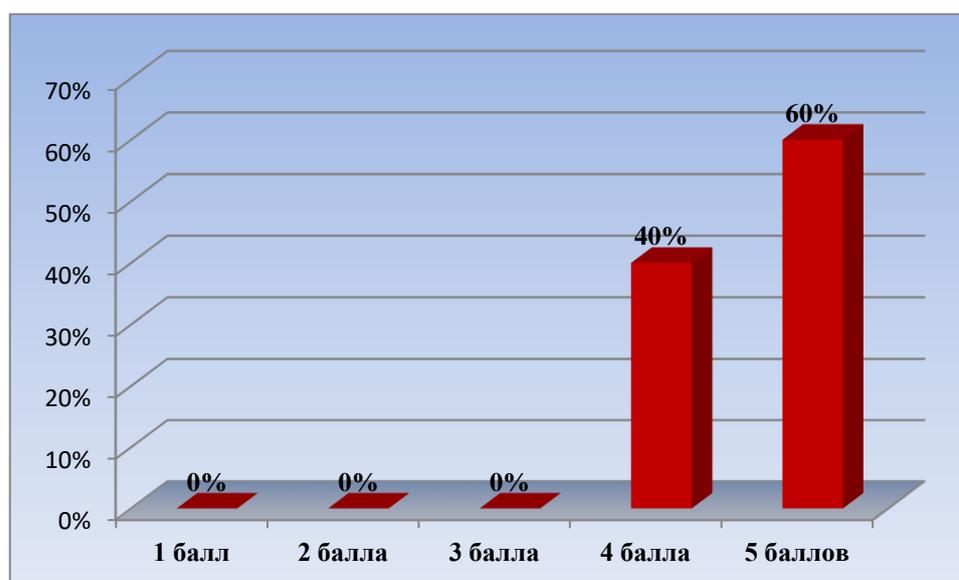


Рис. 17. Оценка профессионального мастерства медицинской сестры.

Для большего количества пациентов личные качества медицинских сестер имеют большое значение, вне зависимости от профессионального мастерства и на этот вопрос «да» ответило 60 % респондентов, ответ «нет, важна только квалификация медработника» дали - 13,3%, ответ «да, но толь в сочетании с профессионализмом» - 26,7% (Рис. 18).



Рис. 18. Качества медицинских работников.

Далее можно проследить, как оценены личностные качества медицинских сестер (0-5 баллов) в процентах, данные указаны в таблице 6 и на рисунке 19

Таблица 6

Личностные качества медицинских сестер

Личностные качества	Баллы					
	0	1	2	3	4	5
Вежливость					6,7	93,3
Приветливость						100
Доброжелательность						100
Терпение						100
Внимательность					26,7	73,3
Ответственность					20	80
Скромность				6,7	26,7	66,7
Честность					20	80
Умение держаться						100
Требовательность						100
Опрятность						100
Владение речью					6,7	93,3

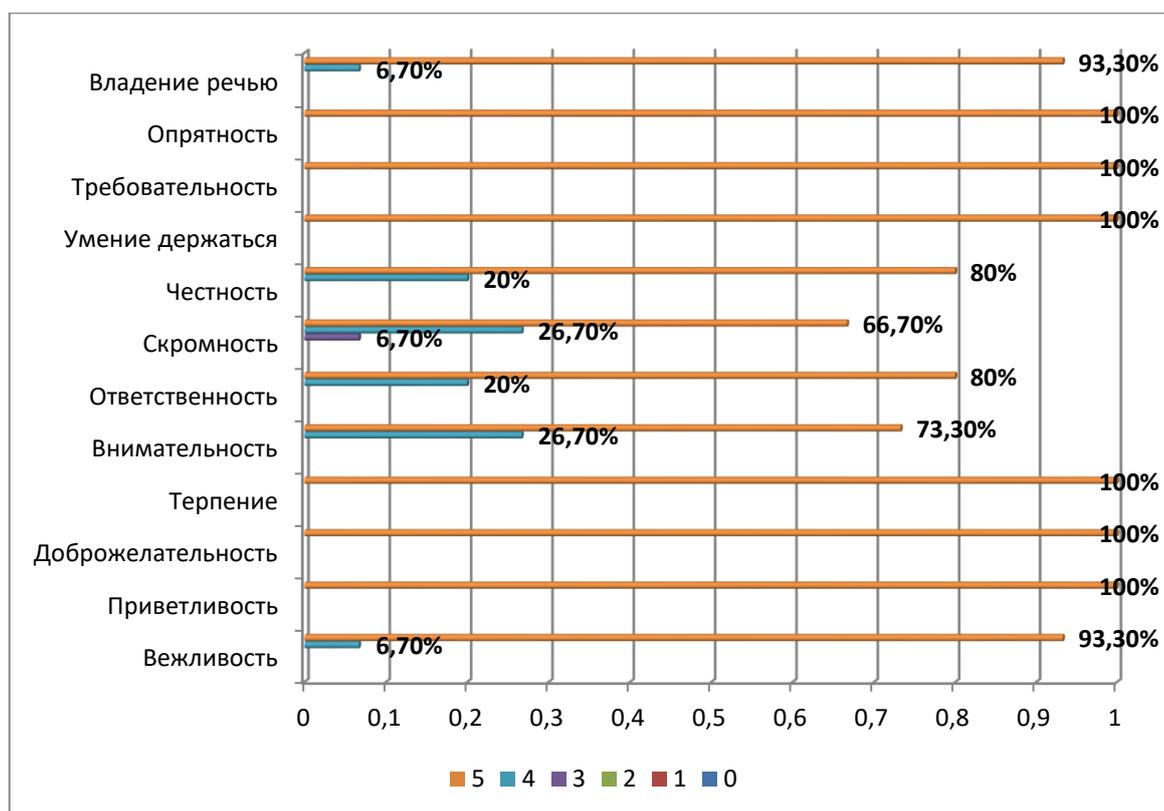


Рис. 19. Личностные качества медицинских сестер.

Пациенты так же дали оценку черт характера медицинских сестер, которые проводили за ними уход, данные указаны в таблице 7 и на рисунке 20.

Таблица 7

Черты характера медицинских сестер по мнению пациентов

Черты характера	Часто	Иногда	Никогда
Грубость		66,7	33,3
Невнимательность		13,3	86,7
Равнодушие		60	40
Безответственность			100
Болтливость	100		
Неграмотная речь		20	80
Неопрятный внешний вид			100

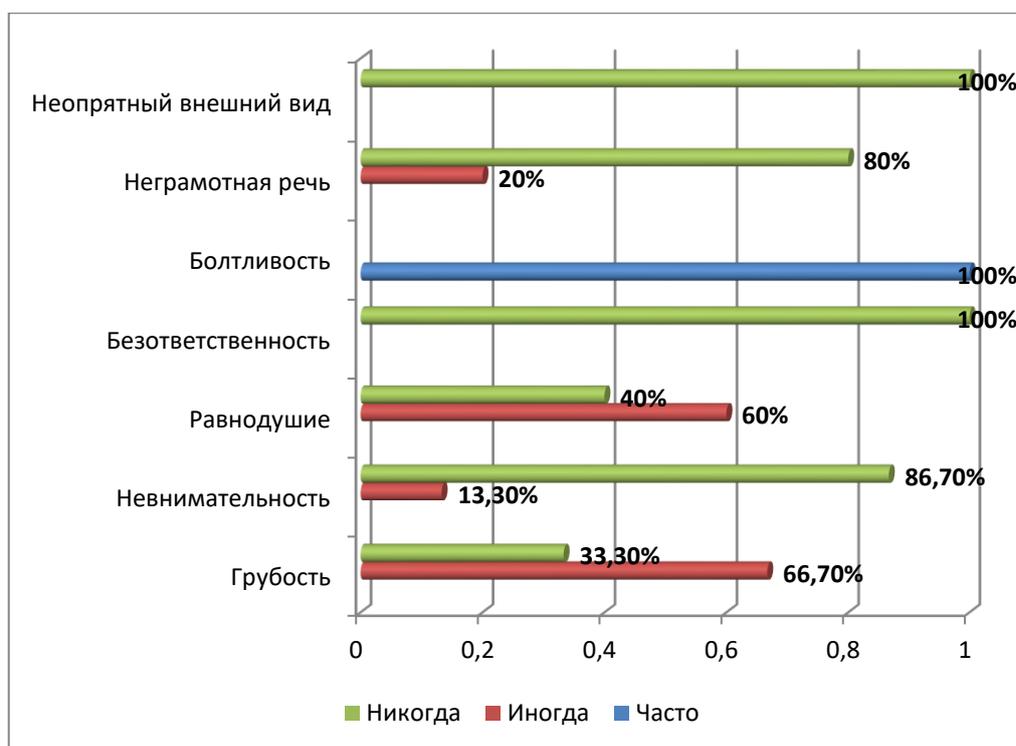


Рис. 20. Черты характера медицинских сестер.

По мнению пациентов важное значение для хорошей работы медицинской сестры имеют взаимоотношения в коллективе и с этим согласны около 60% респондентов, не согласны около 20%, и не задумывались об этом так же около 20 % (Рис. 21). Взаимоотношения в коллективе отделения травматологии и ортопедии были оценены, как строящиеся на взаимоуважении (86,7%); малая часть респондентов считают, что отношения напряженные, неуважительные (13,3 %); равнодушные (0%) (Рис. 22).

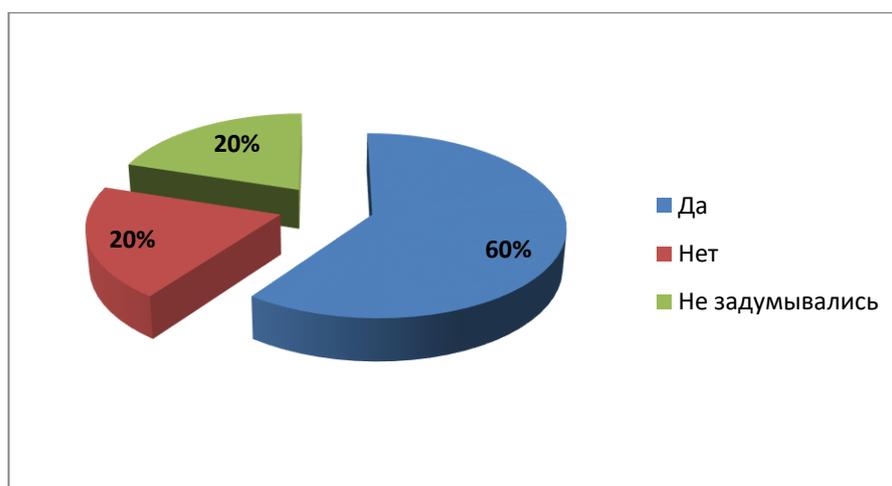


Рис. 21. Влияние взаимоотношения в коллективе.

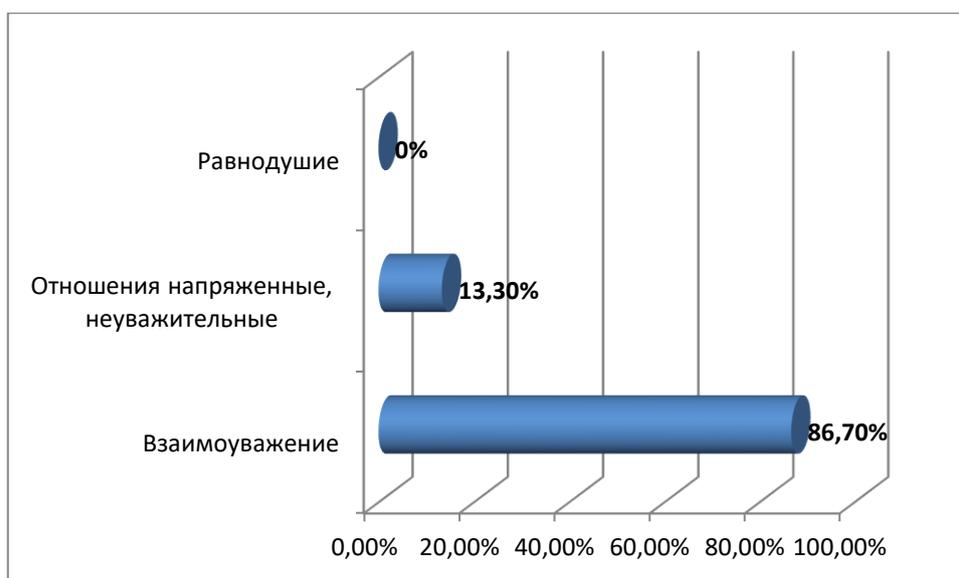


Рис. 22. Взаимоотношение в коллективе отделения.

Все 100% пациентов утверждали, что медицинские сестры всегда рассказывают про подготовку к предстоящим обследованиям, проводимым манипуляциям, а так же рассказывают, как будет проводиться та или иная манипуляция (Рис. 23).

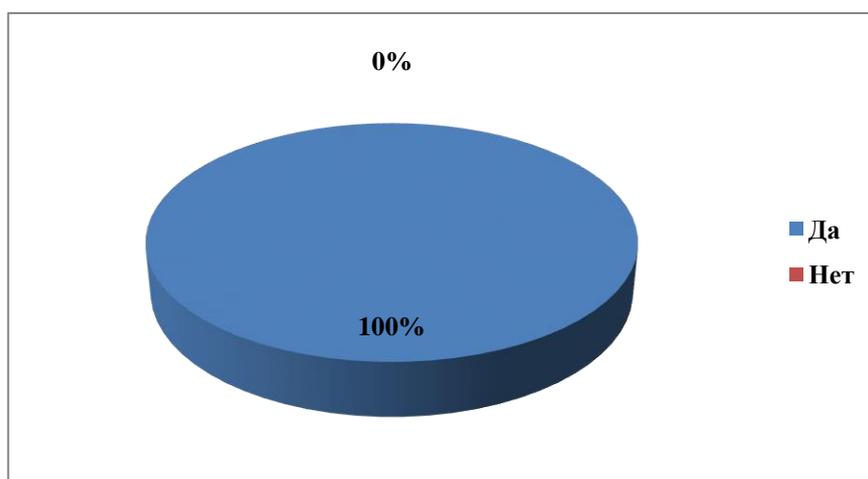


Рис. 23. Информированность пациентов о предстоящем обследовании или манипуляции.

Со слов пациентов, медицинские сестры не всегда проводят беседы с ними, и тем более с родственниками на интересующие их темы по заболеванию, питанию, физическим нагрузкам и т.д. – 30%, большая часть пациентов получила всю интересующую их информацию – 70 % (Рис. 24).

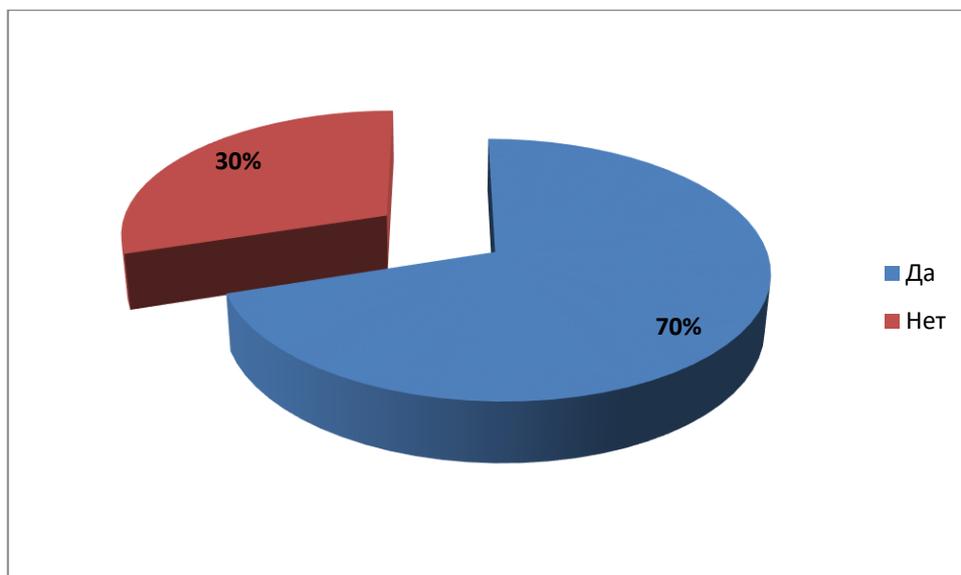


Рис. 24. Проведение бесед медицинскими сестрами.

Со слов пациентов, отделение травматологии и ортопедии хорошо оснащено информационным материалом: брошюры, санбюллетень, рекомендации, методички и т.д. - 100% (Рис. 25).



Рис. 25. Оценка информационной стороны отделения.

Работой медицинских сестер удовлетворены не все пациенты: удовлетворены – 83,3%, имеют претензии – 16,7 % пациентов (Рис. 26).



Рис. 26. Удовлетворенность пациентов деятельностью медицинских сестер.

Все пациенты согласны с тем, что медицинским сестрам ничего не мешает оказывать им необходимый объем медицинской помощи, так как они находятся на своем рабочем месте и оказание нужного ухода входит в их основную обязанность.

Пациенты считают, что качество оказываемого ухода можно улучшить, если медицинские сестры регулярно будут проходить обучение, повышать свою квалификацию.

Общие выводы по дипломной работе:

1. В ходе исследования выявлено, что ОГБУЗ «Городская больница № 2 г. Белгорода» достигла высоких успехов в медицине по лечению и реабилитации пациентов за счет внедрения инновационной техники в нейрохирургии, травматологии и ортопедии. Больница продолжает работать в направлении улучшения качества жизни пациентов, применяет все более новые методы лечения и реабилитации, регулярно развивается не только практически, но и теоретически, посещая научно-практические конференции, сотрудники больницы сами активно принимают участие в проведении конференций, постоянно повышают свою квалификацию.

2. Опираясь на проведенный анализ работы в отделении травматологии и ортопедии, но конечно в сочетании с нейрохирургами надо отметить:

- пациентов данных направлений становится на порядок больше,
- с каждым годом травмы становятся тяжелее,
- пациенты, нуждающимися в помощи становятся моложе.

3. Благодаря новым технологиям, профессионализму врачей и медсестер, расширенным методам реабилитации, большинству пациентов удаётся спасти не только жизнь, но даже и трудоспособность.

4. Как правило, до начала реабилитационных мероприятий в отношении определенного пациента проходят консультации со смежными специалистами: физиотерапевты, массажисты, инструкторы ЛФК. В данном случае, план реабилитации должен подбираться индивидуально, так как нет одинаковых повреждений позвоночника, все равно есть свои особенности течения болезни у каждого пациента, учитываются возрастные особенности, сопутствующие заболевания. Индивидуальный план реабилитации преследует свои цели: научить пациента с травмой позвоночника контролировать симптомы заболеваний позвоночника, осуществить профилактику рецидива заболевания.

5. В процессе исследования выявлена значительная роль сестринского персонала в проведении методов лечения и реабилитации пациентов с травмой позвоночника. В реабилитации акцент делается на активизацию собственных сил пациента, на его возможности приспособления к изменившимся условиям жизнедеятельности. В обязанности медицинской сестры входит:

- осуществление сестринского процесса;
- выполнение врачебных назначений: поэтому как описывалось выше, медицинские сестры должны владеть теоретическими и практическими навыками и умениями в отношении всех необходимых манипуляций;
- контролировать показатели пациента и вести документацию, куда регулярно вносятся изменения в состоянии пациентов;

- медицинские сестры должны оказывать психологическую помощь пациентам;

- пациентам, у которых нет возможности ухода за собой в отсутствие родственников ухаживает медицинская сестра, в дальнейшем, если у пациента благоприятный фон для восстановления медицинская сестра обязана обучить пациента самоуходу;

- убедить пациента и его родственников в необходимости реабилитационных мероприятий, но помимо этого медицинские сестры должны сами принимать активное участие в реабилитации пациентов, так контролировать и помогать проводить специальные процедуры, упражнения.

6. Сложней всего убедить в необходимости реабилитации людей пожилого возраста.

7. Определённые сложности возникают с пациентами, которые встают раньше положенного срока, быстро начинают проявлять активность и отнюдь не в процессе реабилитации, а в нарушении режима. Задачей медицинской сестры является донести до пациентов, что вторая или третья травма позвоночника приводит к полной инвалидности.

8. Результаты анкетирования пациентов в отделении травматологии и ортопедии ОГБУЗ «Городской больницы № 2 г. Белгорода»:

- в анкетировании приняло участие 30 пациентов, из которых 56,7% человек лечились с проведением хирургического вмешательства, а остальные 43,3% человек с применением консервативного лечения, без хирургического вмешательства.

- большую группу респондентов составили пациенты в возрастной группе 30-49 лет (43,3%), самый малый процент в возрастной группе 70 и более лет – 13,3 %. Так же 18-29 лет – 26,7 %, а 50-69 лет – 16,7 %.

- по половой принадлежности больше респондентов мужского пола, что говорит о том, что травматизация позвоночника характерна больше для мужского населения: 70% мужчины и 30% женщин.

- пациенты оценили профессиональное мастерство медицинских сестер как 4 балла (40%) и 5 баллов (60%).

- для большинства пациентов имеют значение личностные качества медицинских сестер не зависимо от их профессиональных качеств (60 %), для небольшой части важна квалификация медицинских сестер (13,3%), и чуть больше пациентов считают, что личностные качества должны сочетаться с профессионализмом (26,7%).

- оценка личностных качеств медицинских сестер (0-5 баллов): оценено как хорошо и отлично. Из черт характера медицинских сестер наиболее часто замечены грубость (66,7%), равнодушие (60%), болтливость (100%).

- информацию о предстоящем исследовании и манипуляции получают все пациенты (100 %).

- медицинские сестры не всегда проводят беседы с пациентами и их родственника (30 % не получили информацию, 70 % - получили необходимую информацию).

- не все пациенты удовлетворены работой медицинских сестер: удовлетворены – 83,3%, имеют претензии – 16,7 % пациентов

- все пациенты согласны с тем, что медицинским сестрам ничего не мешает оказывать им необходимый объем медицинской помощи, так как они находятся на своем рабочем месте и оказание нужного ухода входит в их основную обязанность.

- пациенты считают, что качество оказываемого ухода можно улучшить, если медицинские сестры регулярно будут проходить обучение, повышать свою квалификацию.

9. Правильная организация работы медицинских сестер в отделении травматологии и ортопедии способствует своевременному и качественному оказанию медицинской помощи пациентам с таким сложным диагнозом как травма позвоночника. От её отношения к своим должностным обязанностям,

зависит здоровье пациента перенёвшего сложную операцию в период реабилитации как физической, так и психологической.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В заключение работы можно отметить, что пациенты с травмами позвоночника – это группа населения, которым необходимо пристальное внимание со стороны медицинского персонала. Они нуждаются в своевременном лечении и реабилитации, для того чтобы восстановить утраченные функции и вернуться к прежней жизни. Хотя для многих из них это не возможно, и в данном случае необходимо оказывать не только медицинскую помощь, но и психологическую, так как многие пациенты могут тяжело переносить факт их инвалидности и невозможности быть социально адаптированными.

Достаточно часто на фоне тяжелых травм позвоночника может присоединяться иная инфекция, которая усугубляет состояние пациента, поэтому необходим строгий контроль за асептикой и антисептикой, командная работа, индивидуальный подход к каждому пациенту.

В ходе исследования проведён анализ теоретических аспектов проблемы ухода и реабилитации при травмах позвоночника и различных подходов к её решению в деятельности сестринского персонала, а также роли сестринского персонала в повышении качества и сокращения сроков лечения и реабилитации пациентов данного профиля. Итог реабилитации зависит не только от грамотного выполнения своих должностных обязанностей каждой медсестрой, но и от благожелательного, сердечного отношения к пациенту и его окружению.

Многогранная деятельность сестринского и всего медицинского персонала в отношении реабилитируемых пациентов позволила нам убедиться, что при правильном подходе к использованию методов реабилитации в динамике реабилитационных этапов, пациенты находятся в стадии ремиссии, улучшилось их качество жизни, что подтвердило гипотезу исследования.

В процессе исследования выявлена значительная роль сестринского персонала в проведении ухода и реабилитации на различных этапах, что

позволило расширить и углубить теоретические и практические знания в области реабилитации и способствовало глубокому освоению профессиональной деятельности.

Деятельность медицинских сестёр в процессе ухода и реабилитации определяется должностными инструкциями и сводится к следующему:

- выполнение назначений врача, участие в проведении реабилитации в меру компетенции;

- контроль за состоянием пациента,

- помощь и контроль за пациентами при проведении методов реабилитации на различных этапах в различных ЛПУ;

- ведение профилактической работы с населением с целью повышения информированности о возможных причинах травм позвоночника;

- разъяснение пациенту и его окружению значимости методов реабилитации и профилактики при травмах позвоночника;

- помимо выше указанного, медицинские сестры обязаны владеть теоретическими и практическими навыками в проведении манипуляций, которые указывали в исследовательской работе: техника промывания желудка, техника постановки очистительной клизмы, техника разведения антибиотиков, техника выполнения в/в, в/м, п/к инъекции, техника забора анализов на исследование (кровь, моча, бактериологические посевы и т.д.) и другие манипуляции.

В качестве рекомендации для медицинских сестер, можно выдвинуть дальнейшее совершенствование своей трудовой деятельности, регулярное повышение квалификации, стремиться развиваться, для этого посещать конференции, как в качестве слушателя, так и самого участника, проводить беседы с родственниками и самими пациентами, стремиться улучшить качество жизни пациентов.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ

1. Барыкина, Н.В. Сестринское дело в хирургии / Н.В. Барыкина, В.Г. Зарянская. - М.: Феникс, 2015. - 448 с.
2. Вязьмитина, А.В. Сестринский уход в хирургии / А.В. Вязьмитина, А.Б. Кабарухин. - СПб.: Феникс, 2017. – 541 с.
3. Дмитриева, З.В. Сестринский уход в хирургии / З.В. Дмитриева, А.И. Теплова. – СПб.: СпецЛит, 2014. – 445 с.
4. Евсеев, М.А. Уход за больными в хирургической клинике / М.А. Евсеев. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 192 с.
5. Егиазарян, К.А. Травматология и ортопедия / К.А. Егиазарян, И.В. Сиротина. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2019. – 576 с.
6. Епифанов, В.А. Реабилитация в травматологии / В.А. Епифанов, А.В. Епифанов. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 416 с.
7. Кавалерский, Г.М. Травматология и ортопедия / Г.М. Кавалерский, А.В. Гаркави, Л.Л. Силин. – М.: Академия, 2013. – 640 с.
8. Котельников, Г.П. Травматология: нац. рук. / Г.П. Котельников, С.П. Миронов. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. - 806 с.
9. Котенко, К.В. Реабилитация при заболеваниях и повреждениях нервной системы / К.В. Котенко. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2016. – 656 с.
10. Корнилов, Н.В. Травматология и ортопедия / Н.В. Корнилов, Э.Г. Грязнухин, К.И. Шапиро. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2011. – 592 с.
11. Милич, М. Учебное пособие по специальному уходу за больными / М. Милич, С. Лапченко, В. Поздняков. - М.: Медицина, 2013. - 360 с.
12. Островская, И.В. Основы сестринского дела / И.В. Островская, Н.В. Широкова. – М.: Гостехиздат, 2013. - 320 с.
13. Обуховец, Т.П. Основы сестринского дела. Учебное пособие / Т.П. Обуховец. - М.: Феникс, 2016. - 768 с.
14. Саймон, Р.Р. Неотложная травматология и ортопедия / Р.Р. Саймон [и другие]. – СПб.: Бином, 2019. – 576 с.

15. Яромич, И.В. Сестринское дело и манипуляционная техника / И.В. Яромич. - М.: Феникс, 2014. - 376 с.

Анкета

1. Возраст _____
2. Ваш пол: Ж М (нужное обвести)
3. У Вас было оперативное лечение или консервативное? (Нужное подчеркнуть)
 А. оперативное
 Б. консервативное
4. Как Вы оцениваете профессиональное мастерство медицинской сестры? (Обведите нужную букву):
 1 балл
 2 балла
 3 балла
 4 балла
 5 баллов
5. Имеет ли для Вас значение личностные (душевные) качества медицинских работников? (Обведите нужную букву)
 А. да, вне зависимости от профессионального мастерства
 Б. нет, важна только квалификация медработника
 В. да, но толь в сочетании с профессионализмом
6. Оцените личностные качества процедурной медсестры (0-5 баллов) (Поставьте галочки в нужных колонках):

Личностные качества	Баллы					
	0	1	2	3	4	5
Вежливость						
Приветливость						
Доброжелательность						
Терпение						
Внимательность						
Ответственность						
Скромность						
Честность						
Умение держаться						
Требовательность						
Опрятность						
Владение речью						

7. Как часто Вам приходилось сталкиваться со следующими чертами характера медсестры? (Поставьте галочки в нужные поля)

Черты характера	Часто	Иногда	Никогда
Грубость			
Невнимательность			
Равнодушие			

Безответственность			
Болтливость			
Неграмотная речь			
Неопрятный внешний вид			

8. Считаете ли Вы важным для пациента взаимоотношения в коллективе отделения? (Обведите букву)

- А. да, это важно
- Б. нет, это не имеет значения
- В. не задумывался об этом

9. Как Вы оцениваете взаимоотношения в коллективе отделения? (Обведите букву)

- А. ровные, основанные на взаимоуважении
- Б. напряженные, неуважительные
- В. равнодушные

10. Разъясняет ли Вам медсестра характер проводимой медицинской манипуляции? (Обведите букву)

- А. Да
- Б. Нет

11. Проводят ли с Вами беседы на темы, касаемо, Вашего заболевания, особенностей питания, необходимой физической нагрузки и т.д.

- А. Да
- Б. Нет

12. Как Вы оцениваете информационную сторону отделения (брошюры, санбюллетень, рекомендации, методички и т.д.)? (Обведите букву)

- А. 0
- Б. 1
- В. 2
- Г. 3
- Д. 4
- Е. 5

13. Удовлетворены ли Вы работой медсестры? (Обведите букву)

- А. Да
- Б. Нет

14. Что, мешает медсестре в оказании качественной медицинской помощи?

15. Какие мероприятия, по Вашему мнению, могут улучшить качество сестринской помощи?

Спасибо Вам за участие в анкетировании. Ваши ответы очень важны для нас.
Желаем Вам скорейшего выздоровления!